

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação


A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Idosa

- A promoção, manutenção e recuperação da
capacidade funcional -

Cátia de Jesus Matos Duarte

2015

Não contempla as correcções resultantes da discussão pública





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com a Pessoa Idosa

- A promoção, manutenção e recuperação da
capacidade funcional -

Cátia de Jesus Matos Duarte

**Relatório de Estágio Profissional orientado por:
Maria do Céu Sá**

2015

Não contempla as correcções resultantes da discussão pública

ver uma folha em toda a sua clareza, sem perder de vista a sua relação com a árvore.

Watts A.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas e seus familiares de quem prestei cuidados, o meu percurso existe e construiu-se graças a vocês. Tudo o que desenvolvi, refleti e apreendi só foi possível porque se cruzaram no meu caminho, por isso jamais serão esquecidos.

Às enfermeiras orientadoras do internamento de Neurologia e da ECCL, bem como a todos os colegas da equipa do internamento, e outros profissionais que de algum modo enriqueceram esta minha construção profissional: assistentes sociais, fisioterapeuta, terapeuta da fala, psicólogo e médicos.

À professora Maria do Céu Sá que sempre me orientou mas com um grau de autonomia suficiente, para desenvolver-me por mim, deixou-me voar até onde quis ir e sempre me acompanhou com a voz da experiência.

Ao meu marido, Manel, que mais uma vez me acompanhou num percurso tão difícil e me ajudou a não desanimar (repetiste a experiência, não te chegou a monografia?). Devo-te 18 meses de atenção.

A todos os meus colegas do 5º CMER, pela força que demos uns aos outros, fomos um bom grupo e o que apreendi também devo a vocês, à vossa partilha de experiências, ao vosso saber. Em particular agradeço ao grupo mais próximo: Maricarla, Liliana, Mónica, Raquel e Valéria.

Ao meu chefe, o Enf.º Vítor Vaz Pinto pela descontração e despreocupação que mostrava cada vez que eu falava no horário; obrigada pelas ajudas nos turnos e por aturar o meu mau feitio. Prometo pagar as horas negativas.

Aos enfermeiros, colegas, que investem e publicam o trabalho produzido, pois apenas assim partilhamos e afirmamos aquilo que a enfermagem é e a importância que tem, nos cuidados de saúde.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

CAFIM – Constat d'Autonomie Fonctionnelle Ici et Maintenant

CENSOS – Recenseamento Demográfico

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EE – Enfermeiro Especialista

ER – Enfermagem de Reabilitação

EUROSTAT – Autoridade Estatística da União Europeia

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RCCI – Rede de Cuidados Continuados Integrados

RCN – Royal College of Nursing

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

TVM – Trauma Vertebro-Medular

WHO – World Health Organization

RESUMO

O desenvolvimento de competências que conferem o grau de enfermeiro especialista, é alcançado mediante um processo rigoroso de qualificação, que tem por base um percurso formativo, no qual está incluído um estágio profissional que forneça as oportunidades de aprendizagem requeridas, ao desenvolvimento das competências especializadas nomeadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Neste sentido e partindo de um projeto de estágio, construído para orientar e planificar as atividades e objetivos a atingir, definiu-se a pessoa idosa como área de interesse, em particular a intervenção do EEER na promoção, manutenção e recuperação da sua capacidade funcional.

Este relatório pretende assim ilustrar, de forma fundamentada, o percurso efetuado durante o estágio profissional no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, através de uma discussão, análise e reflexão sobre as atividades desenvolvidas, consideradas fundamentais, não só ao desenvolvimento das competências do EEER, como também à compreensão da temática definida.

A problemática do envelhecimento reflete-se cada vez mais, não só no perfil demográfico das sociedades, como acarreta um crescente impacto económico nos sistemas de saúde e sociais disponíveis. Esta mudança assistencial reflete-se também no contexto da prestação de cuidados de enfermagem, colocando novos desafios aos profissionais, em particular no domínio da enfermagem de reabilitação (ER). O EEER deve atender ao carácter complexo e interdependente das necessidades e especificidades decorrentes do envelhecimento, atuais ou expectáveis, mas também agir sobre estas condicionantes visando maximizar, potenciar e manter a capacidade funcional da pessoa idosa, assim como prevenir complicações.

Palavras-Chave: Pessoa Idosa; Capacidade Funcional; Promoção; Enfermagem de Reabilitação; Teoria das Consequências Funcionais.

ABSTRACT

The skills development that gives the degree of specialist nurse is achieved through a rigorous qualification process, which is based on a training path, that includes an professional internship, that provides the learning opportunities required, for the development of the expertise required by the professional order of nurses. In this sense and begining with an internship project that has been built to guide and plan the activities and objectives to be achieved, the elder was defined as an area of interest, in particular the promotion, maintenance and recovery of functional capacity.

This report therefore aims to illustrate, in a reasoned manner the route built during the specialization internship, in the course of post Rehabilitation Nursing Degree Specialization, through a thoughtful discussion and analyse of the activities developed, considered essential not only to the development of the skills of the Rehabilitation Nurse, but also to provide better understanding of the choosen problematic.

Ageing is reflected more and more not only in the demographic profile of the societies, as entails a growing economic impact on health and social systems available. This change also changes the assistance in the context of providing nursing care, posing new challenges to nurses, particularly in the field of rehabilitation. The Rehabilitation Nurse should meet the complex and interdependent nature of the specific needs that comes with aging, current or expected, but also act on these conditions to maximize, enhance and maintaine the functional capacity of the elderly, as also to prevent complications.

Pessoa Idosa; Capacidade Funcional; Promoção; Funcionalidade; Enfermagem de Reabilitação; Teoria das Consequências Funcionais.

Keywords: Elderly; Functional Capacity; Promotion; Rehabilitation Nursing; Theory of Functional Consequences.

ÍNDICE

0. Introdução.....	11
1. Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas.....	23
1.1.Competências gerais do enfermeiro especialista.....	23
A. Domínio da responsabilidade civil, profissional e ética.....	23
B. Domínio da melhoria da qualidade.....	27
C. Domínio da gestão dos cuidados	33
D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	36
1.2.Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.....	40
1.2.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações de atividade e incapacidades.....	41
1.2.2. Concebe e organiza planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e auto- cuidado nos processo de transição saúde/doença e ou incapacidade.....	47
1.2.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade.....	53
Elabora a implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.....	53
1.2.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas.....	61

ÍNDICE (CONTINUAÇÃO)

2.Avaliação e Conclusão.....	63
Referências bibliográficas.....	69

Anexos

- Anexo 1** – Instrumento de avaliação CAFIM (versão original e traduzida)
Anexo 2 – Avaliações formais dos enfermeiros orientadores do estágio

Apêndices

- Apêndice 1** – Projeto de estágio
Apêndice 2 – Resumo das principais alterações estruturais e fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento
Apêndice 3 – Objetivos gerais e específicos de estágio
Apêndice 4 – Aplicação da teoria de Carroll Miller à intervenção do EEER na pessoa idosa
Apêndice 5 – Projeto de intervenção na pessoa idosa “Viver Mais...Viver Melhor”
Apêndice 6 – Ação de formação “Posicionamentos, transferências e mecânica corporal”
Apêndice 7 – Guia prático para a pessoa com dificuldades na deglutição
Apêndice 8 – Plano de cuidados ECCI
Apêndice 9 – *Guidelines* para avaliação da segurança do ambiente
Apêndice 10 – Avaliação da amplitude articular
Apêndice 11 – Plano de cuidados internamento neurologia
Apêndice 12 – Exemplos de exercícios de estimulação cognitiva

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Tipo de dificuldade na população de 65 anos ou mais, por sexo

Figura 2 – Teoria das consequências funcionais de Carol Miller

Introdução

O presente relatório surge no âmbito do 3º semestre, do 5º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, e pretende ilustrar, o percurso desenvolvido ao longo da Unidade Curricular Estágio Profissional com relatório, mediante uma descrição e reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas e o nível de competências alcançado. Para suportar este percurso, foi elaborado previamente um projeto de estágio (Apêndice 1), desenvolvido na Unidade Curricular Opção II cuja temática escolhida foi o envelhecimento e, em particular a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) com a Pessoa¹ Idosa, numa perspetiva de promoção, manutenção e recuperação da capacidade funcional. Definiu-se, assim, uma área de estudo que vai de encontro ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), como domínio de intervenção e competência do EEER, já que:

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades (...) proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas.

OE, 2010b, p.1

A escolha deste tema deveu-se ao facto de se tratar de uma área de preferência quer pessoal, quer profissional², aliado ao crescente aumento da população portuguesa especialmente idosa, bem como das suas necessidades.

A prevalência da população idosa assume-se como um dos principais problemas a nível mundial e tem vindo a ser alvo de preocupação das sociedades. Trata-se de um fenómeno demográfico que ganha relevância com o término da segunda

¹ Pessoa considerada no âmbito da enfermagem, como um ser único e indivisível. A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia. Além disso as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico. Esta inter-relação clarifica a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa. (OE, 2002, p.8)

² Exerço funções num serviço de internamento de medicina interna.

Guerra Mundial, “com o aumento significativo da esperança média de vida e o consequente envelhecimento da população” (Fonseca, 2006, p.15). Este fator, aliado à reduzida natalidade no século XX, conduziu a uma mudança demográfica profunda, “caracterizada por um modelo de fecundidade e mortalidade baixas, originando um estreitamento da base da pirâmide de idades e um alargamento do topo” (Henriques, 2013, p.115). Para além disto, também o foco de atenção dos modelos assistenciais de saúde se alterou. Os cuidados de saúde deixaram de estar vocacionados somente para o diagnóstico e tratamento de patologia aguda, e debatem-se cada vez mais com a gestão da doença crónico-degenerativa, sendo esta uma das áreas de maior intervenção no sector da saúde (Ministério da Saúde, 2002). Ora, mantendo-se este padrão, a população idosa irá adquirir uma representatividade cada vez mais significativa, tornando-se o principal cliente quer de cuidados de saúde em geral e de enfermagem de reabilitação, em particular.

Em Portugal, segundo dados do relatório de Carneiro (2012) a proporção da população idosa em 2011 (com mais de 65 anos de idade), que representava 8,0% em 1960, mais do que duplicou, passando para 19,1%, e as previsões sugerem que irá aumentar de 19% em 2011 para 32% em 2050 (Carneiro, 2012; INE, 2003). Outro aspeto sociodemográfico de importância crescente, diz respeito ao isolamento e à solidão nos idosos, também relevante para esta análise. A este respeito, em 2009 o EUROSTAT constatou que das pessoas com mais de 65 anos em Portugal, 20,9% viviam sós e 45,3% viviam com o cônjuge (sendo o cônjuge também ele idoso) (Carneiro, 2012). Neste sentido, as prioridades de intervenção definidas pelas políticas de saúde mundiais e nacionais têm procurado dar resposta ao fenómeno do envelhecimento.

A Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu, em 2002, o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento. Deste, emergiu o conceito de envelhecimento ativo “como forma de otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança” (Fernandes, 2013, p.6) para a pessoa idosa, visando não só dar anos à vida, mas vida aos anos (WHO, 2012). Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) oficializa em 2004, o Programa Nacional para as Pessoas Idosas, contudo a sua efetiva aplicação e enquadramento político subsequente, ficou aquém do esperado.

O próprio conceito de idoso tem vindo a ser amplamente debatido. Embora o critério cronológico pareça ser o mais utilizado³, vários autores têm vindo a discutir o termo com maior profundidade e estabelecem outras nomenclaturas. Fonseca (2006) considera três categorias: a idade biológica, psicológica e social, tendo por base a influência que os respetivos contextos exercem. Fernández-Ballesteros (2000) propõe um conceito mais dinâmico, referindo-se a uma idade funcional, tendo em conta que algumas funções diminuem necessariamente de eficácia (sobretudo as de natureza física e biológica); outras estabilizam (personalidade); e outras que experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (experiência, sabedoria). Estas perspetivas não só põem em causa a exclusividade do critério cronológico, como alertam para a necessidade de, como refere Fonseca (2006, p.27), “encarar a idade e o envelhecimento como algo que é essencialmente do foro desenvolvimental (...) porque nos permite olhar para o mesmo como algo capaz de ser otimizado, através de intervenções deliberadas e sistemáticas e contrariar a tendência geral de desvalorização da pessoa idosa”.

Efetivamente, o envelhecimento não é uma etapa no final de vida, mas um processo que tem por base o conceito de senescência, enquanto curso natural do envelhecimento das células nos organismos vivos, do qual resultam diversas alterações nas funções orgânicas e mentais. Spiruso (2005) descreve-o como um conjunto progressivo de mudanças morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que condicionam uma perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. Embora seja impossível não considerar a vertente da deterioração física e perda de função/estrutura, deve-se evitar o que Fonseca (2006, p.61) apelida de «biomedicalização do envelhecimento», isto é, “encarar a velhice como uma doença (...) um processo básico, inevitável e imutável ao qual a sociedade responde através de atos médicos e atitudes protecionistas”.

Assim, é comum falar-se em envelhecimento dito «natural» (que resulta das mudanças fisiológicas e estruturais inerentes ao envelhecimento do organismo) e o envelhecimento dito «patológico» (quando estas alterações degenerativas

³ O INE considera idosa a pessoa com 65 anos ou mais, e a OMS inclui ainda a pessoa muito idosa após os 80 anos de idade.

naturais se convertem em patologias específicas, fruto muitas vezes da sua agudização e agravamento com o avançar da idade). O processo de envelhecimento dito natural, engloba uma série de alterações estruturais e fisiológicas que não só vão condicionar a funcionalidade da pessoa, mas também predispor a determinadas patologias, pois como refere Almeida (2012, p.30) “o envelhecimento por si só não é doença, mas um estado funcional que suscitibiliza à doença”.

A nível músculo-esquelético destaca-se a perda de densidade óssea, e de elasticidade dos tecidos e ligamentos, associado à diminuição das fibras musculares. Estas alterações refletem-se numa instabilidade postural significativa, com a redução global da amplitude articular e força muscular, que afeta o equilíbrio e consequentemente pode diminuir a capacidade de marcha e de tolerância à atividade. A nível cardio-respiratório, ocorre uma diminuição da capacidade vital e do débito cardíaco e, também por isso, os níveis de resistência à atividade física são francamente afetados (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Bolander, 1999).

A um outro nível, nomeadamente da alimentação e processos digestivos, a perda de peças dentárias, a atrofia das papilas gustativas e a redução das secreções salivares e gástricas, podem conduzir a dificuldades relacionadas com a mastigação, deglutição e absorção de nutrientes. Se considerarmos que o próprio metabolismo dos idosos diminui, surge com frequência uma perda do apetite, com consequente redução do aporte calórico, proteico e hídrico, podendo resultar em perda de peso e agravamento do estado geral (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Bolander, 1999).

Com o envelhecimento surgem também alterações sensório-percetuais importantes, como sejam a redução da sensibilidade superficial, as limitações da acuidade visual e auditiva que reduzem a capacidade de receber e tratar informações do ambiente, o que em si pode constituir uma limitação na capacidade de interação e adaptação com o meio. Estas constituem um fator limitativo na comunicação e participação social (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Bolander, 1999).

Por outro lado, a nível cognitivo, uma das principais alterações que ocorrem diz respeito à “redução da velocidade de processamento de informações e a maior dificuldade em manipular informações simultâneas e em mudar o foco atencional” (Diniz, 2013, p.15). A diminuição da memória a curto prazo é comum, e por isso “os idosos sentem dificuldade em reter informações que não têm significado para eles” (Diniz, 2013, p.179). Deste modo, a capacidade de adquirir novos conhecimentos mantém-se, mas requer mais tempo, da mesma maneira que diminui a velocidade de execução e de reação, além de que se distraem mais facilmente, pelo que é necessário selecionar as informações a reter e apresentá-las de forma organizada e sequencial (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Diniz, 2013).

Por último, importa referir também as alterações no âmbito da eliminação. A nível urinário verifica-se uma diminuição da tonicidade da musculatura da região pélvica e do tónus vesical, que se traduzem numa menor capacidade de retenção urinária e no aumento do seu volume residual, com um acrescido risco de infeção. Por sua vez, a nível intestinal, verifica-se uma redução global da tonicidade intestinal que predispõe a perturbações da regularidade. São alterações que vulnerabilizam a pessoa, sobretudo se potenciadas, por outros fatores como sejam as limitações da mobilidade, fatores alimentares, ambientais ou ainda farmacológicos (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Bolander, 1999).

A globalidade das transformações decorrentes do envelhecimento pode ser sistematizada em cinco domínios: o movimento e a postura; a alimentação e a nutrição; os sistemas sensoriais; a comunicação e a cognição e a eliminação, que podem ser consultadas em detalhe no apêndice 2.

Estas mudanças, frequentemente “predispõem o organismo para desvios de saúde, ao aparecimento de múltiplas patologias e fragilidades que se instalam (...) e que acabam por se manifestar em condicionamentos na capacidade funcional e cognitiva das pessoas, nas suas atividades de vida (Henriques, 2013, p.116). Deparamo-nos deste modo, com uma estreita relação entre o fisiológico e o patológico.

As principais afeções patológicas da pessoa idosa no domínio da mobilidade, são a osteoporose e o conseqüente risco de fratura do colo do fémur, muitas

vezes por queda e a osteoartrose degenerativa, frequentemente associadas à necessidade de colocação de próteses cirúrgicas (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Easton, 1999). Outras patologias crónicas que podem afetar indiretamente a mobilidade, reduzindo a tolerância à atividade da pessoa idosa, são a insuficiência cardíaca e a doença pulmonar obstrutiva crónica, ou ainda outras situações como as do foro neurológico (como por exemplo o acidente vascular cerebral), que podem ter repercussões efetivas na mobilidade. A desidratação, a disfagia, o emagrecimento e as deficiências nutricionais são problemas frequentes do foro nutricional, muitas vezes agravados por outros fatores de ordem motora, cognitiva ou sensitiva, como a incapacidade em alimentar-se sozinho, por diminuição da visão ou perda de coordenação e força muscular (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Easton, 1999). As cataratas, o glaucoma e a presbiopia, são perturbações da visão comuns na pessoa idosa, bem como a hipoacusia, que no seu conjunto, condicionam a capacidade deste se relacionar com outros. Além disso, outras patologias nomeadamente, determinados distúrbios neurológicos, como sejam, a doença de Parkinson, o acidente vascular cerebral, a epilepsia vascular e a demência, podem ter repercussões significativas nas funções cognitivas (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Easton, 1999). Por último, as patologias relacionadas com a eliminação são também significativas, sendo as mais comuns a incontinência urinária, as infeções do trato urinário e a obstipação (Berger & Mailloux-Poirier 1995; Bolander, 1999).

Stott & Quinn (2013) reconhecem que o risco de incapacidade⁴ nos idosos é particularmente elevado pela conjugação de múltiplos fatores dos quais destacam: a vulnerabilidade associada à redução da homeostasia/reserva fisiológica; a elevada prevalência de doença (s) crónica (s), e a (potencial) rápida deterioração em termos de funcionalidade produzida pela doença aguda.

Deparamo-nos assim, com um leque complexo de alterações que podem condicionar negativamente a capacidade funcional da pessoa idosa.

⁴ Entenda-se incapacidade como um conceito amplo que representa uma situação de desvantagem para o indivíduo, resultante habitualmente de um prejuízo por perda de função (fisiológica, anatómica e psicológica) - *Impairment*, que resulta numa restrição do indivíduo face ao seu desempenho funcional, na interação com o ambiente - *Disability*, impedindo-o de desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Esta restrição ao limitar a participação do indivíduo na sociedade, traduz-se num *handicap*. (RCN, 2007)

A capacidade funcional para Baines & Oglesby (1997) diz respeito à capacidade da pessoa desempenhar as suas atividades de vida diária. Camara et al (2008) situam-no como a eficiência do idoso em corresponder às necessidades do quotidiano, que compreende não só as atividades básicas para uma vida independente, mas também as atividades mais complexas da rotina diária. Hoeman (2000, p.745) refere-se ao conceito de capacidade funcional como sendo a “capacidade para desempenhar uma variedade de competências necessárias as atividades físicas, cognitivas, comportamentais e sociais”. Mais recentemente, a nova Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) descreve o conceito como sendo “a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação e visa indicar o nível máximo provável de funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado domínio, num dado momento (...) a capacidade reflete a aptidão do indivíduo ajustada ao ambiente” (OMS, 2004, p.17). Ora esta visão mais alargada, dos fatores envolvidos na funcionalidade de uma pessoa, permite-nos determinar com maior acuidade que componente está ou pode vir a estar afetada: estrutura e função; atividade; ambiente⁵, e otimizar assim os níveis a intervir. Esta perspetiva veio atribuir uma visão mais dinâmica e variável ao conceito de funcionalidade, superando o carácter dicotómico e limitativo, que os conceitos de Independência vs Dependência⁶ sugerem, frequentemente utilizados para classificar a capacidade funcional da pessoa.

Encontram-se poucos dados quanto à caracterização da capacidade funcional da população idosa em Portugal, contudo os dados do INE no último CENSOS (2011) fornecem uma perspetiva interessante. Neste inquérito, a população com mais de 65 anos foi questionada a respeito de 6 atividades do dia-à-dia como: ver; ouvir; andar; memória/concentração; tomar banho/vestir-se; compreender

⁵ A terminologia utilizada pela CIF é particularmente pertinente na abordagem a pessoa idosa por permitir estruturar de forma mais completa, quer a avaliação que fazemos da pessoa, quer a intervenção a desenvolver, conforme as dimensões afetadas. Por exemplo, permite-nos diferenciar uma limitação da atividade por alterações fisiológicas do envelhecimento; ou uma restrição de participação por fatores ambientais, e em função disso são definidos níveis de intervenção diferentes.

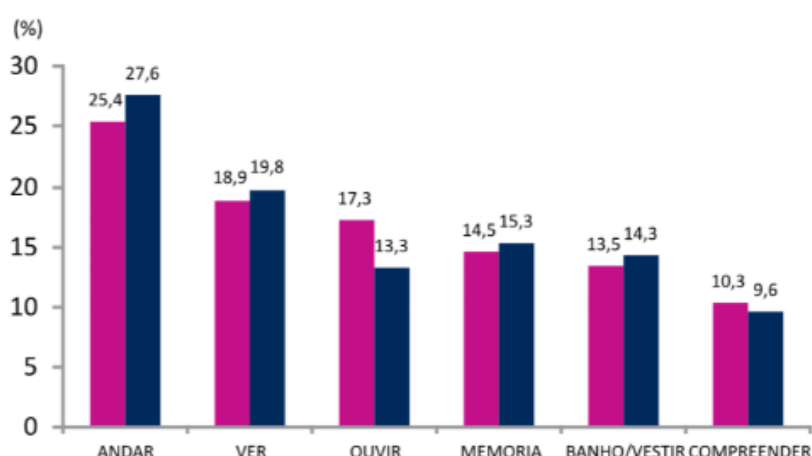
⁶ Independência é habitualmente entendida como a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária – ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade, sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem. (WHO, 2004).

Dependência significa estar dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda ou apoio (ICN, 2005). São conceitos habitualmente perspetivados face às atividades de vida diária e/ou auto-cuidado.

Esta classificação embora permita fornecer uma importante informação sobre o grau de ajuda necessário – supervisão, ajuda parcial, ajuda total - não ilustra os fatores envolvidos nessa limitação de participação ou de atividade.

os outros/fazer-se entender. Os resultados revelaram que cerca de 50% dos inquiridos não conseguiam ou tinham dificuldade em realizar pelo menos uma das atividades em análise (INE, 2011). A maior percentagem das pessoas que identificaram dificuldades, situava-se no grupo etário acima dos 70 anos, sendo a principal dificuldade referida no andar, como se pode observar na figura seguinte:

Figura 1 – Tipo de dificuldade na população de 65 ou mais anos por sexo



Fonte: INE, 2011, p. 17

Deste modo, facilmente se reconhece em que domínios o EEER poderá intervir no âmbito da pessoa idosa. Nos Estados Unidos está prevista a categoria de *Gerontological Rehabilitation Nurse*, em que o enfermeiro de reabilitação ao cuidar da pessoa idosa, combina conhecimentos do processo de envelhecimento e práticas de reabilitação, pois “considera as alterações particulares e específicas do envelhecimento, e as limitações funcionais que um processo de doença ou lesão têm na pessoa idosa, ao desenvolver um plano (...) com intervenções e técnicas específicas” (Easton, 1997, p.42). A especificidade desta intervenção é também destacada por Routasalo, Arve & Lauri (2004, p.208) que consideram que “a enfermagem de reabilitação pode ajudar a manter ou restaurar o nível de capacidade funcional, maximizar a satisfação com a vida e melhorar o bem-estar mental e manter o estatuto social, da pessoa idosa”. Do mesmo modo, Cameron & Kurrle (2002, p.387) reconhecem que a principal finalidade dos programas de reabilitação dirigidos aos idosos, deve ser “assistir o idoso a gerir as suas atividades de vida diária, sem assistência de outra pessoa, ou se não for possível, a minimizar as necessidades de assistência

externa através de técnicas ou equipamento adaptativo (...) em particular no treino da mobilidade e auto-cuidado”.

A este respeito, o Royal College of Nursing (RCN) sistematiza em quatro níveis o tipo de funções assumidas pelo enfermeiro, ao trabalhar com idosos num contexto de reabilitação, para favorecer o seu processo de adaptação (RCN, 2007):

- **Funções de Suporte:** providenciando apoio emocional e psicossocial; assistir nos processos de transição; promover estilos de vida e relações; facilitar a expressão pessoal.
- **Funções Restaurativas:** destinadas a maximizar o potencial de independência e capacidade funcional; prevenir futuros agravamentos e/ou incapacidades, e melhorar a qualidade de vida.
- **Funções Educativas:** envolve o ensino do auto-cuidado, facilitar atividades educativas para melhorar a confiança e competência nas atividades de vida diária.
- **Life-Enhacing Functions⁷:** incluem todas as atividades destinadas a melhorar a experiência de vida do dia-à-dia.

Alguns estudos de investigação publicados a nível internacional destacam os resultados positivos de programas de reabilitação específicos para a população idosa (Dantas & Vale, 2004; Davies, Ellis & Laker, 2000; Skelton & McLaughlin, 1996). A nível nacional, no que respeita à intervenção do enfermeiro de reabilitação, trata-se de um domínio ainda pouco explorado, contudo encontram-se já alguns estudos de investigação que confirmam e validam as intervenções desenvolvidas neste âmbito.

Ferreira (2011), num estudo transversal, testou os efeitos de um programa de reabilitação dirigido a 40 idosos, no domicílio, implementado pelos enfermeiros de reabilitação e concluiu que os idosos deste programa, apresentavam maior independência funcional, em comparação com o momento de admissão, confirmando a relevância atribuída aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER).

⁷ Está conforme o original pela dificuldade em traduzir o termo sem perda de significado.

Rodrigues (2012) procurou avaliar, numa amostra constituída por 51 idosos hospitalizados, se o declínio cognitivo se agravava com a hospitalização e se contribuiria para o risco de queda, tendo concluído que existem múltiplos fatores de risco associados que podem ser minimizados ou evitados através de programas de Enfermagem de Reabilitação.

Gonçalves (2012) desenvolveu um estudo quasi-experimental, no qual incluiu 30 idosos e pretendeu avaliar o impacto de um programa que dinamizava as intervenções de enfermagem de reabilitação no domicílio, procurando reduzir o nível de dependência do idoso e a sobrecarga do seu cuidador. Os resultados sugeriram que o programa promoveu um ganho nos Índices de Barthel dos idosos.

Mendes (2013) realizou um estudo qualitativo no qual procurou verificar as mudanças ocorridas na aptidão física e independência funcional de um grupo de idosos institucionalizados em lar, após o desenvolvimento de um programa de ER. Os resultados obtidos permitiram concluir que o programa conduziu ao aumento da aptidão física (mensurada pelo grau de força nos membros inferiores e superiores, resistência cardio-respiratória, flexibilidade e equilíbrio), com benefícios na realização de atividades de auto-cuidado⁸.

Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação revê na população idosa um conjunto de necessidades complexas e progressivas, que requerem não só o domínio das competências, princípios e técnicas de enfermagem de reabilitação, mas acima de tudo a capacidade de adaptação às especificidades e exigências que o processo de envelhecimento condiciona.

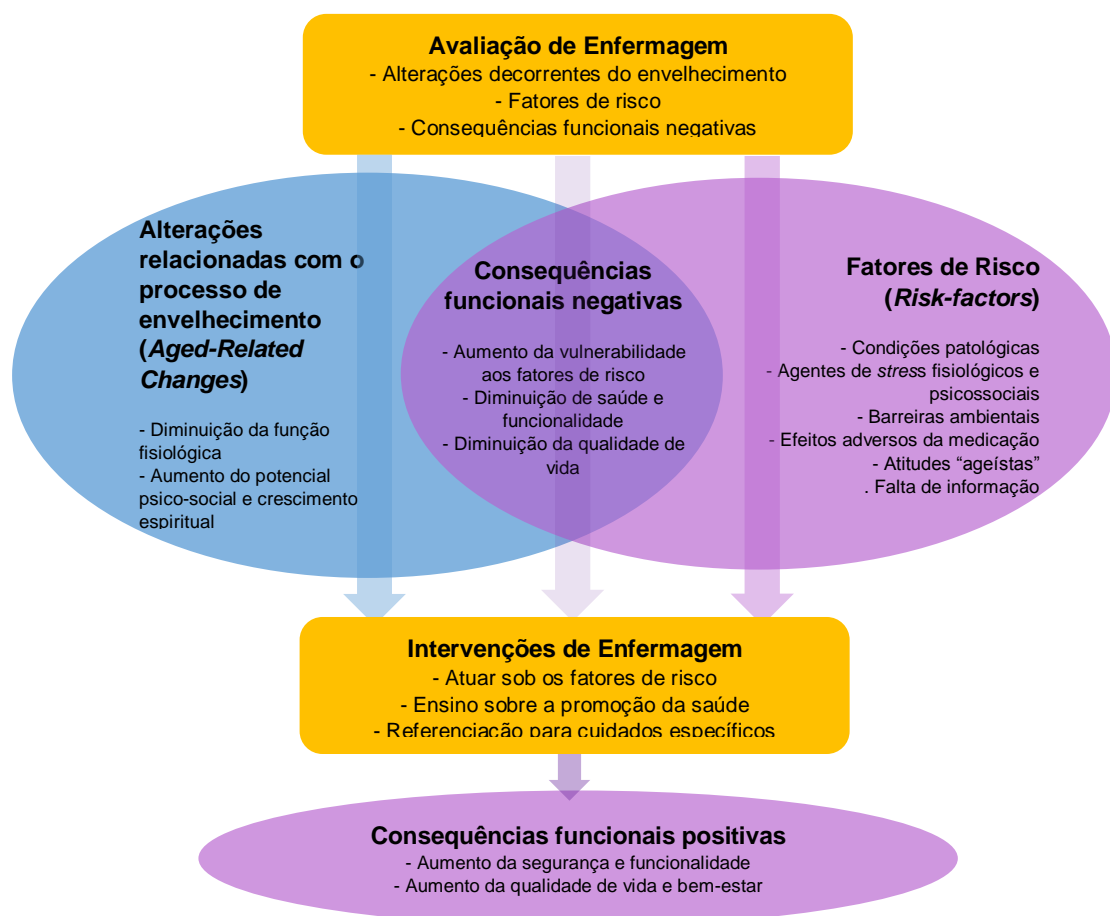
Deste modo, tendo por referência esta área de interesse e inserindo-a naquelas que se constituem como as competências, comuns e específicas, do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, definidas pela OE, estabeleceu-se como objetivo geral do estágio profissional: **Desenvolver competências na apreciação, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação na pessoa idosa, tendo em vista a manutenção, recuperação e promoção da sua capacidade funcional.** Para

⁸ Auto-cuidado enquanto ação realizada pelo próprio como tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária. (ICN, 2005)

isso foram definidos objetivos específicos para cada conjunto de competências (comuns e específicas), que podem ser consultados no projeto e no apêndice 3.

A Teoria das Consequências Funcionais desenvolvida por Carol Miller em 1990 (teoria de médio alcance), orientou o nosso pensamento de enfermagem, já que se considerou fornecer referenciais imprescindíveis a esta temática. Esta teoria considera a interação entre as alterações decorrentes do envelhecimento (físicas, psicológicas e espirituais) e determinantes fatores de risco que aumentam a vulnerabilidade do idoso a consequências funcionais negativas (efeitos observáveis que afetam a qualidade de vida e o funcionamento nas atividades do dia-à-dia). A intervenção de enfermagem visa assim reduzir os efeitos negativos das alterações relacionadas com o envelhecimento e minimizar os fatores de risco, de forma a promover consequências funcionais positivas (um elevado nível de funcionalidade, mínima dependência e melhor qualidade de vida) (Miller, 2012, p.20-21). A figura esquematiza a referida teoria:

Figura 2 – Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller



Fonte: Miller, 2012, p.21 - A nursing model for promoting older people wellness and health (traduzido)

Tendo por base esta teoria de Carroll Miller e os seus constructos, foi elaborada ainda uma proposta de guia orientador que concretiza e ilustra os domínios possíveis de intervenção do EEER na pessoa idosa para a promoção de consequências funcionais positivas (apêndice 4).

Este projeto foi implementado no período de estágio que decorreu de 1 Outubro de 2014 a 13 de Fevereiro de 2015, em dois momentos com a duração de 9 semanas cada um: o primeiro decorreu numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), inserido numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) (vertente comunitária) e o segundo decorreu num serviço de internamento de Neurologia de um Hospital Distrital de Lisboa (vertente hospitalar).

Assim sendo, o presente relatório está estruturado em três partes. O primeiro capítulo introdutório de fundamentação teórica e contextualização do tema, onde foram discutidos os conceitos essenciais à compreensão da problemática definida. O segundo capítulo onde, partindo dos objetivos definidos, descrevemos e analisamos as competências gerais e específicas. Para uma melhor compreensão, separámos por competências gerais e específicas, onde descrevemos as atividades desenvolvidas, no período de ensino clínico, acompanhada de uma reflexão crítica sobre o modo como estas permitiram a aquisição de competências enquanto enfermeiro especialista. O terceiro e último capítulo inclui uma avaliação global do percurso, onde salientamos os principais contributos obtidos com a implementação deste projeto e se perspectivam ganhos em saúde para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa idosa.

1. Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas

Neste capítulo será explicitado o percurso desenvolvido no estágio, através de uma descrição e análise das atividades consideradas pertinentes para dar resposta aos objetivos propostos. O desenvolvimento de competências foi gradual, interrelacionado e complexo. Para facilitar a sua análise e discussão, separou-se a mesma, por competências gerais e competências específicas do enfermeiro especialista.

1.1. Competências Gerais do Enfermeiro Especialista

A. Domínio da responsabilidade civil, profissional e ética

Neste domínio incluem-se as seguintes competências:

Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1);

Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

Para tal foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- *Desenvolver capacidades na tomada de decisão autónoma, no âmbito da área da especialidade, suportada em valores éticos e deontológicos;*
- *Otimizar a proteção e respeito pelos direitos humanos na prática clínica – segurança, privacidade e dignidade;*
- *Desenvolver competências no domínio da responsabilização e gestão de situações comprometedoras para o cliente.*

Estes objetivos encontram-se interrelacionados e dizem respeito a um conjunto de valores primordiais e estruturadores da intervenção do enfermeiro especialista, assumido pela OE (2010a, p.2) como o enfermeiro que detém “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão”. Este

nível rigoroso de tomada de decisão exigiu a capacidade de um pensamento reflexivo, presente ao longo de todo o percurso, acerca de um conjunto de conceitos e de princípios essenciais, que o enfermeiro especialista deve ver bem clarificados e presentes na sua atuação. São eles os princípios da autonomia e da responsabilidade profissional. Refletir sobre estas questões foi um exercício sempre realizado ao longo do estágio. A consciencialização perante uma situação, o equacionar de várias hipóteses, priorizar e deliberar sobre o que é mais adequado, indo de encontro às necessidades, e respeitando os direitos e valores do outro, são pressupostos subjacentes ao EE, corroborando o que Benner (2001) define como sendo o estadió de enfermeiro perito⁹. Estes princípios, nem sempre declarados ao nível da consciência, revelaram-se primordiais na tomada de decisão, relacionada com determinados procedimentos ou situações, sendo este exercício facilitado pela discussão dos planos de cuidados, com o enfermeiro orientador e com o professor. Todos estes elementos permitiram desenvolver uma componente muito importante, “ser capaz de refletir no que estamos a fazer e explicar os motivos que nos levaram agir (ou não) de determinada forma” (Nunes, 2006, p.7). Para Nunes (2006) o julgamento é a avaliação das alternativas e a decisão é a escolha entre as alternativas. Deste modo, pode dizer-se que aliada à tomada de decisão, surge inevitavelmente, a responsabilidade profissional e o compromisso com a pessoa/família de quem cuidamos. As decisões esperam-se refletidas, responsáveis e em si emanam a autonomia profissional do enfermeiro especialista, cujas intervenções são orientadas pelos valores e princípios gerais do código deontológico do enfermeiro, do REPE (OE, 2012), mas, sempre influenciadas, pelo contexto em que são tomadas. Como afirma Nunes (2006, p.7) “Somos nós que temos de decidir: decidir no tempo e segundo a nossa opinião. E, o ato voluntário inscreve-se sempre num contexto que o limita: a situação presente, o momento no qual ele ocorre” (Nunes, 2006, p.7). Ao longo do estágio pudemos experienciar os níveis de autonomia (decisão e execução) em dois contextos distintos e as condicionantes implicadas em cada um. No contexto comunitário constatou-se que a autonomia de decisão do EEER parece

⁹ Enfermeiro Perito é aquele que tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis (Benner, 2001, p.54).

estar mais facilitada, uma vez que os cuidados de saúde em ECCI, embora multidisciplinares, são planeados, triados e geridos pelo enfermeiro. É este que avalia o doente, toma decisões, definindo os objetivos de reabilitação, planeando a periodicidade das visitas, os recursos, e articulando-se quando necessário com outros profissionais – assistente social, médico, psicólogo. Ainda no contexto da ECCI, os processos de admissão e alta são da responsabilidade do enfermeiro, que coordena as avaliações da restante equipa. E neste sentido era evidente que, quando determinado utente não reunia as condições necessárias para ter alta, esta só se efetivava quando se reuniam todas as garantias, sendo o enfermeiro o elemento da equipa que tomava essa decisão. Daqui se destaca a importância da intervenção do enfermeiro numa equipa de saúde, reforçada por Hesbeen (2000, p.47) ao afirmar que “quando se atingem os limites de intervenção de outros prestadores de cuidados, as enfermeiras e os enfermeiros, terão sempre a oportunidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar”.

No contexto hospitalar, embora o mesmo princípio de autonomia esteja presente, neste, a tomada de decisão, pode estar dificultada em função dos diferentes condicionantes e intervenientes envolvidos. Aqui fatores relacionados com o doente (estado clínico mais instável e menos previsível, exames e meios complementares de diagnóstico que se interpõem na nossa ação), fatores relacionados com a equipa (pareceres médicos, necessidade de articulação sem sobreposição com outras intervenções – fisioterapia, terapia fala, terapia ocupacional) e fatores relacionados com a instituição (burocracias internas, limitações estruturais relacionadas com o próprio ambiente hospitalar), influenciaram de forma mais evidente a nossa tomada de decisão como enfermeiros. Se por um lado, neste contexto dispomos de mais recursos, materiais e humanos, os vários intervenientes envolvidos nos cuidados, determinam também uma responsabilidade mais repartida. Deste modo, a autonomia de decisão do enfermeiro, depara-se com um maior número de circunstâncias a considerar, o que requer por parte deste, elevados níveis de raciocínio crítico. No decorrer do estágio pudemos desenvolver e evidenciar uma conduta responsável de tomada de decisão, que foi sendo gradualmente mais

autónoma, e que evidenciou o respeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão.

Ao longo do estágio, foi notório que a promoção e respeito pelos direitos da pessoa de quem cuidamos, implica como EEER ir além daquilo que são atividades/procedimentos diretos de enfermagem de reabilitação e considerar também necessidades de apoio a outro nível – do foro social, do foro psicológico e emocional. Este aspeto foi particularmente evidente, no contexto comunitário, em que a proteção, respeito e defesa da pessoa, passava muitas vezes pela ativação dos dispositivos de retaguarda da rede, ou da área de residência. Em determinadas situações o potencial de reabilitação com o utente já tinha sido desenvolvido, mas outras dimensões estavam comprometidas, o que não permitia a conclusão da nossa intervenção como ECCL. A título de exemplo, recordo uma situação de uma utente com amaurose por complicações de glaucoma, com vários episódios de queda, que ficou ao cuidado do filho, num espaço (casa do filho) que a mesma não conhecia, o que agravou a sua dependência na marcha, pelos défices visuais e insegurança associada ao ambiente desconhecido. Em termos de intervenção direta do EEER, o processo de reabilitação foi decisivo e a utente foi capaz de efetuar marcha com reconhecimento de pontos de orientação (hall entrada, porta, mesa da sala, etc). Contudo, o contexto familiar não permitia que lhe fosse dada alta da ECCL, pois o filho (principal cuidador) tinha problemas de dependência de álcool, o que não garantia uma segurança na continuidade de cuidados à utente. Por este motivo, foi solicitada a intervenção de outros elementos da equipa, nomeadamente, o apoio da psicóloga. Esta teve como objetivo o envolvimento do neto, para favorecer a adesão do filho da utente, a um programa de reabilitação e desabitação da dependência alcoólica.

Para que estes processos fossem otimizados e se criassem condições mais seguras à pessoa, foi imprescindível o desenvolvimento ao longo do estágio, de competências no domínio da relação de ajuda¹⁰ tais como a empatia¹¹, o respeito

¹⁰ A relação de ajuda é entendida aqui como um modo de ajudar, em que quem ajuda usa especialmente recursos relacionais para acompanhar o outro a sair de uma situação problemática e a vivê-la de um modo mais saudável. (Bermejo & Carabias, 1998)

¹¹ A empatia é definida como uma disposição interior da pessoa, que se manifesta sobretudo em duas habilidades concretas: a escuta ativa e a resposta compreensiva. (Bermejo, 1998) Traduz-se por isso na capacidade de imersão no mundo subjetivo do outro (Chalifour, 1993).

e a aceitação e a escuta ativa¹². Estas são ferramentas fundamentais para uma visão completa e multidimensional do outro, da sua saúde e do seu bem-estar. Daqui emerge a importância da relação terapêutica em enfermagem, tal como refere Collière (1997, p.152) “é a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, mas ao mesmo tempo detém em si própria um valor terapêutico”. Esta é segundo a autora a “essência dos cuidados de enfermagem”, sendo as técnicas, os protocolos e os procedimentos, considerados importantes, mas acessórios no resultado terapêutico.

B. Domínio da melhoria da qualidade

Neste domínio destacam-se as seguintes competências:

Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais (B1);

Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (B2).

Para tal foram formulados os seguintes objetivos:

- *Colaborar na conceção e/ou implementação de projetos institucionais na área da qualidade;*
- *Incluir diretivas e conhecimentos avançados na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;*
- *Analisar e rever as práticas em relação aos seus resultados e implementar programas de melhoria contínua.*

Ao longo do estágio, foi sempre um recurso importante para a aprendizagem, o desenvolvimento das capacidades de pesquisa de conhecimentos científicos e da evidência mais atual, para aumentar e consolidar conhecimentos em diversas áreas (instrumentos de avaliação/escalas existentes, exercício físico no idoso, avaliação neurológica e linguagem específica na área, mobilizações e exercícios de fortalecimento muscular, treino de marcha, treino de equilíbrio e a estimulação cognitiva). Além disso, procurámos sempre que pertinente e possível, em

¹² A escuta ativa é a escuta atenta, a escuta com o nosso ser, que permite manifestar não só à pessoa que esta é importante para nós, como também a identificação de emoções, necessidades e problemas (Lazure, 1994).

conjunto com o enfermeiro orientador, promover a sua divulgação ao nível das equipas e inserir estes conhecimentos na prática de cuidados, com vista à melhoria da sua qualidade.

No contexto da ECCI surgiu a oportunidade de, no âmbito do envelhecimento ativo, colaborar e proceder à elaboração de um projeto destinado à promoção da saúde¹³ da pessoa idosa, denominado «Viver Mais, Viver Melhor» (apêndice 5). Embora por limitações relacionadas com o tempo de estágio, não tenha sido possível implementar as atividades propostas, já por si o exercício de fundamentar e planificar um projeto desta natureza foi bastante enriquecedor da aprendizagem, já que permitiu transferir do domínio teórico para o domínio operacional um raciocínio fundamentado, que incluiu uma visão global e multidimensional de intervenção, na abordagem à pessoa idosa. Esta atividade, em particular, veio complementar de forma muito importante o objeto de estudo definido no projeto, nomeadamente os objetivos relacionados com a promoção da capacidade funcional da pessoa idosa, englobando-se na sua prossecução, atividades de carácter preventivo mas também de manutenção. Isto porque, os cuidados de enfermagem como refere Collière (1997) situam-se não só em relação à revitalização de alguém que esteja doente, mas também “em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença” (Collière, 1997, p. 285). Tratou-se de um projeto de intervenção que visou sumariar os aspetos a considerar na intervenção com a pessoa idosa, não se limitando apenas à mobilidade, mas contemplar todas as dimensões e necessidades envolvidas: o movimento e a postura; a estimulação cognitiva e sensorial; a alimentação e a nutrição; a gestão medicamentosa e a vigilância em saúde; a adaptação do ambiente e a prevenção de quedas; a eliminação e a incontinência e a inclusão social e familiar.

Além desta atividade, foi também referida como necessidade durante o estágio em ECCI, a realização de uma ação de formação às auxiliares de apoio domiciliário e aos cuidadores informais, sobre diferentes aspetos como: posicionamentos; mobilizações e transferências da pessoa dependente. Neste

¹³ A promoção da saúde é o processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e os seus determinantes – sobretudo, comportamentais, psicossociais e ambientais (WHO Carta de Otawa, 1986)

contexto, os cuidadores formais¹⁴ e os cuidadores informais¹⁵ devem ser devidamente preparados para as funções que assumem, pelo fato de serem nossos parceiros na prestação de cuidados. Sobretudo os cuidadores informais, por vezes vêm-se envolvidos nos cuidados ao seu familiar, sem que lhes tenham sido validados e transmitidos conhecimentos para determinadas cuidados diários. Para dar resposta a esta necessidade foi possível planificar e estruturar uma sessão de formação sobre o tema (apêndice 6), mas que devido à demora na resposta institucional da entidade parceira, não foi possível ser implementada em tempo útil de estágio. Contudo, todas estas atividades foram devidamente discutidas, e planificadas em conjunto com os enfermeiros orientadores da instituição e tornadas acessíveis para que fossem implementadas pelas mesmas ou outros estudantes, no futuro.

No contexto hospitalar, e portanto num internamento de neurologia, surgiu a necessidade da equipa desenvolver um guia orientador para a pessoa com dificuldades na deglutição, como forma de veicular o ensino das manobras facilitadoras na deglutição e dos exercícios de fortalecimento das estruturas envolvidas. Pretendia-se que este guia fosse detalhado, mas ao mesmo tempo visualmente cativante, elucidativo e intuitivo. Neste sentido, tivemos a oportunidade de elaborar, em conjunto com a colega também ela estudante da especialidade de enfermagem de reabilitação, de outra escola, este documento. Este, destinava-se não só ao doente e família, mas também a todos os colegas da equipa, para uma uniformização e orientação, de forma a que pudessem acompanhar a pessoa nas restantes refeições do dia, quando não estava presente o EEER (Apêndice 7). Esta atividade além de dar resposta a uma importante necessidade da pessoa/família, promoveu também a continuidade dos cuidados de reabilitação e o envolvimento da equipa.

¹⁴ Cuidador formal refere-se à pessoa que detém uma preparação específica para o desempenho deste papel, e que está integrada no âmbito de uma atividade profissional (Sequeira, 2010)

¹⁵ Cuidador informal refere-se à pessoa, habitualmente um membro da família, ou alguém muito próximo do doente, que se responsabiliza de forma direta por parte ou pela totalidade dos cuidados e apoio diário, de forma não remunerada (Augusto & Carvalho, 2005; Sequeira, 2010).

Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (B3)

Para esta competência geral, definiu-se como objetivo:

- *Gerir o ambiente envolvente à pessoa, o risco associado, como forma de garantir a efetividade terapêutica e a prevenção de acidentes.*

As atividades desenvolvidas para dar resposta a este objetivo foram delineadas tendo em consideração dois níveis diferentes. Por um lado, o da aplicação dos princípios gerais de segurança e de ergonomia na prestação de cuidados e por outro, o da criação e promoção de ambientes seguros, também designados de ambientes capacitadores¹⁶ para a pessoa idosa no seu processo de reabilitação.

Neste sentido e de um modo mais formal, foi possível aplicar os princípios gerais de ergonomia e segurança, tendo em atenção os pressupostos de mecânica corporal que suportam a ação de formação já referida. De um modo mais informal, inserido na prestação de cuidados diários também houve oportunidade de os evidenciar, pelo aconselhamento ao familiar na técnica de posicionar, na colaboração em transferências leito-cadeira ou no reposicionar na cadeira, visando a prevenção de lesões músculo-esqueléticas. A este respeito importa salientar que a especificidade da Enfermagem de Reabilitação nos dá um outro olhar, onde podemos olhar criticamente não só o ambiente físico, mas também as posturas adotadas pelos diferentes elementos envolvidos. É daqui que emerge a importância do ambiente envolvente, em si muito determinante do sucesso do programa de reabilitação. Embora inserido neste domínio de competência geral, é em si um princípio muito próprio da avaliação da pessoa enquanto EEER. Hesbeen (2003) valida o papel do ambiente no processo de reabilitação, destacando quatro níveis pelos quais este pode ser gerador de desvantagem para a pessoa: o ambiente físico (inclui aspetos de arquitetura); o ambiente humano (inclui o olhar de outros e a discriminação); o ambiente financeiro e de gestão (onde se incluem as burocracias, a legislação) e fatores pessoais (inclui a perda de motivação, as alterações da auto-imagem).

¹⁶ A promoção de ambientes capacitadores é uma recomendação da DGS para a pessoa idosa, que inclui aspetos relacionados com a deteção e eliminação de barreiras arquitetónicas e a inclusão de estratégias favorecedoras da segurança e independência da pessoa idosa, prevenindo também acidentes seja num ambiente doméstico, de lazer ou rodoviário (DGS, 2004).

No contexto hospitalar, o planeamento das atividades de reabilitação, deve ser feito em função do ambiente previsto, aquando da transição da pessoa para o domicílio. Os cuidados de enfermagem de reabilitação neste contexto visam essencialmente desenvolver estratégias destinadas a minimizar obstáculos presentes no domicílio da pessoa, com o objetivo de melhorar a sua integração e readaptação no domicílio. O ambiente dota assim o processo de reabilitação em geral, e em particular no caso da pessoa idosa, de elementos facilitadores ou inibidores. A autora da teoria das consequências funcionais, que suportou o pensamento de enfermagem neste ensino clínico, salienta a importância de se considerar os fatores ambientais, quer na avaliação, quer na intervenção de enfermagem. Miller (2012, p.107) destaca a importância da avaliação da pessoa idosa no seu ambiente, “não só para se identificar riscos associados a quedas como também para identificar as condições ambientais, que afetam positiva ou negativamente a segurança, funcionalidade e qualidade de vida”. Esta foi uma constatação muito presente nas visitas domiciliárias realizadas no estágio e que nos alertaram para a importância de ajudar a pessoa ou o cuidador a favorecer um ambiente capacitador. Por exemplo, no caso de um utente, que apresentava uma hemiparésia esquerda, de predomínio braquial, efetuava marcha com apoio em tripé no interior da habitação. O objetivo seguinte de ER seria o treino do subir e descer escadas, contudo, as condições arquitetónicas presentes impunham-se como um elemento inibidor, nomeadamente um lanço de escadas íngreme, cujos degraus eram estreitos e não forneciam um apoio adequado, permitindo apenas o apoio de um pé de cada vez. Este fator dificultou o processo de reabilitação, tornando-o mais demorado, já que se viu adiado um conjunto de potencialidades, que o sair à rua traria ao próprio, como seja o benefício social (ida ao café, conversa com vizinhos ou passeio ao exterior). Neste sentido, enquanto EEER desenvolvemos procedimentos para articular com o senhorio e a instituição camarária responsável, para que fossem solicitadas obras de melhoramento, de forma a tornar o meio mais seguro para o utente.

As condicionantes do ambiente influenciam particularmente a pessoa idosa, sobretudo se consideramos a diminuição global das capacidades sensoriais, da visão, da perceção e do sentido de profundidade dos objetos e meio envolvente, que a caracterizam (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Pudemos verificar, que

frequentemente estas alterações sensoriais conjugam-se também com condições habitacionais pouco favoráveis (pavimentos escorregadios, múltiplas texturas do piso, a ausência de contraste entre desníveis do solo). Isto ocorria essencialmente em habitações, cujas construções são antigas (como a grande maioria das habitações da cidade de Lisboa) e pouco iluminadas, que em conjunto propiciam o risco de ocorrência de quedas e o potencial agravamento de limitações prévias. Por este motivo, a otimização da segurança e de outros fatores relacionados com o ambiente, esteve sempre muito presente, na avaliação que se fez da pessoa. Tivemos a oportunidade de aconselhar sobre as adaptações que tornavam o ambiente capacitador, como por exemplo a remoção de tapetes soltos, ou sua fixação ao solo, o fecho de portas em corredores (com múltiplas divisões para evitar a desorientação espacial, quando se trata de pessoas com Alzheimer), ou a aplicação de um corrimão de apoio nas escadas, como forma de promover a subida/descida de degraus em segurança.

A criação de um ambiente terapêutico, passa também pelo envolvimento da família/cuidador, quer seja em meio hospitalar quer seja no domicílio. Este, não só assume um papel direto na modificação de determinados aspetos no meio ambiente, mas também ajuda a promover a continuidade e manutenção das estratégias que são desenvolvidas. Este último assunto, será desenvolvido no domínio das competências específicas do EEER.

C. Domínio da gestão dos cuidados

Este domínio engloba as seguintes competências:

Gere os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar (C1);

Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (C2).

Para as quais se definiu como objetivos:

- *Desenvolver as competências de gestão de recursos e liderança situacional na organização e coordenação dos cuidados;*
- *Otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, tendo em vista a garantia de segurança e qualidade das tarefas delegadas.*

A gestão de recursos e a organização dos cuidados, é uma importante competência do EE e passa por uma adequada articulação com outros profissionais ao nível das equipas de saúde. Esta componente, surgiu ao longo do estágio, simultaneamente como uma necessidade, mas também como uma oportunidade de aprendizagem, quer se tratasse de uma articulação interna entre os elementos da equipa, ou externa com outros recursos fora da instituição. A este respeito as equipas de saúde podem adotar duas lógicas diferentes de colaboração – a multidisciplinaridade¹⁷ e a interdisciplinaridade¹⁸. No contexto comunitário, houve a oportunidade de colaborar nas decisões e partilhar pareceres, pela participação em reuniões multidisciplinares que ocorriam semanalmente, nas quais se discutiam para cada caso, as necessidades atuais ou futuras, e em que cada profissional contribuía com o seu conhecimento e propunha estratégias para melhor intervir. Esta colaboração processava-se também através das visitas conjuntas (Enfermeiro e Assistente Social, ou Enfermeiro e Psicólogo) ao domicílio, em situações consideradas de maior

¹⁷ Multidisciplinariedade definida como uma equipa em que cada profissional apresenta os seus achados e recomendações, estabelece objetivos específicos e atua dentro dos limites de intervenção da sua própria disciplina. Os progressos obtidos por cada um são comunicados à equipa, destacando-se a comunicação com elemento chave (Hoeman, 2000, p.31).

¹⁸ Interdisciplinaridade definida como uma equipa no qual a colaboração substitui a comunicação, como elemento chave do sucesso da equipa. Embora cada disciplina profissional estabeleça as suas metas de tratamento, a equipa identifica-as em conjunto e tenta evitar duplicações (Hoeman, 2000, p.31).

vulnerabilidade. Neste contexto, o enfermeiro era também muitas vezes um elemento mediador entre o utente/família e as instituições de saúde, otimizando em particular, a comunicação entre utente e médico sempre que alguma alteração no estado do utente era detetada, ou surgia a necessidade de uma avaliação ou encaminhamento especializado. A dinâmica de funcionamento neste contexto de cuidados, é diferente da hospitalar, revendo-se mais facilmente numa lógica interdisciplinaridade do que de multidisciplinaridade, já que os objetivos eram definidos e partilhados em conjunto.

No contexto hospitalar também foi determinante a criação de uma boa articulação e gestão das respostas disponíveis, quer se tratasse de uma articulação interna, no cerne da equipa de enfermagem, quer se tratasse de uma articulação externa, com outros profissionais ou até outras instituições. O planeamento e a tomada de decisão sobre os cuidados prestados, tinham como foco a articulação dos cuidados de enfermagem de reabilitação com os cuidados gerais. Neste sentido, desenvolveu-se ao longo das semanas, uma progressiva capacidade de gerir os cuidados tendo sempre em consideração, a individualização da pessoa. Enquanto EEER, procurávamos definir com os colegas como seriam organizados os cuidados no turno, e por exemplo, ao prestar os cuidados de higiene à pessoa, este era um momento privilegiado de treino desta AVD. O inverso também acontecia e os colegas também solicitavam o nosso parecer para validar a sua intervenção em determinada atividade, como por exemplo, o levantar, ou qual a prioridade de cuidados naquele turno. Esta colaboração também se verificou com outros profissionais, nomeadamente com o fisioterapeuta, ao ajustar os horários da pessoa, de acordo com a ida ao ginásio, para ser dada continuidade aos exercícios que aí eram iniciados, no sentido de se complementarem. A realização de reuniões semanais com a equipa médica, permitia fazer um ponto de situação na evolução do doente, quer no seu processo de reabilitação, quer na sua condição clínica, o que facilitava o planeamento dos cuidados. Os momentos da passagem de turno foram igualmente importantes, como meio de aprendizagem e de partilha com a restante equipa, dando a conhecer os progressos do doente, e muitas vezes como forma de pedir a colaboração dos colegas na continuidade de cuidados, como por exemplo, na alimentação, eliminação, vestuário e outras estratégias

de treino em curso; ou ainda nos processos de comunicação com a família (caso as visitas fossem no final do dia).

Em ambos os contextos onde decorreu a prática clínica (hospitalar e comunitário) tivemos a oportunidade de propor enquanto EEER estratégias para priorizar os cuidados de reabilitação. A discussão com o enfermeiro orientador, sobre o modo como se podia organizar cada sessão ou visita domiciliária, assim como, a identificação e priorização dos utentes a quem iríamos prestar cuidados de ER, quando e em que tempos, permitiu desenvolver as capacidades de gestão e de planeamento, tão importantes no EE. Todos estes pressupostos foram primordiais e essenciais, já que concederam diferentes subsídios para a liderança da organização dos cuidados, nestes diferentes contextos e no próprio contexto onde exerce funções.

De salientar que, independentemente do contexto, o EEER não desenvolve a sua atividade de forma isolada, pelo que não a pode fracionar dos cuidados gerais, nem dos cuidados providenciados por outros profissionais. Tem pois que adquirir capacidades para adaptar as suas metodologias de trabalho, adequando-as ao contexto e envolver os restantes elementos de equipa na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, tal como é preconizado pela OE (OE, 2010a). Efetivamente, tal como afirma Hesbeen (2003, p.69) “o valor de uma equipa manifesta-se pela capacidade que os diferentes prestadores de cuidados desta equipa têm para, com os recursos que dispõem, articularem os meios, de modo a oferecerem à população uma verdadeira combinação de competências”. Por este motivo o autor defende a existência de equipas multidisciplinares, que procuram ações interdisciplinares, para atingir objetivos profissionais partilhados.

A um outro nível, considerando a avaliação e necessidade de articulação com outras instituições/recursos surgiram diferentes oportunidades de aprendizagem, nomeadamente: na referenciação de utentes para unidades da RCCI; na colaboração na avaliação do utente pela Equipa de Gestão de Altas (no caso do estágio hospitalar); na solicitação de uma avaliação camarária de um domicílio; no contacto com Centro de Saúde ou ECCI da área de residência, além da articulação por meio de registos, como a nota de alta de enfermagem, reforçada e complementada com o parecer do EEER.

Os registos de enfermagem assumem elevada importância na eficácia da comunicação entre os profissionais de saúde. No decorrer do estágio, podemos aperfeiçoar este domínio, tornando-os completos e rigorosos, assim como, em termos de linguagem e de descrição das necessidades da pessoa. A este respeito, tivemos ainda a oportunidade no contexto comunitário, de colaborar na estruturação de uma folha de enfermagem, destinada a acompanhar o utente da ECCI, caso houvesse a necessidade de deslocação a uma instituição de saúde, no qual constaria a informação relativa ao seu historial de saúde e ao tipo de intervenção de reabilitação, desenvolvida pela equipa. A intervenção do EEER assume assim múltiplas vertentes, e como refere Miller (2012), os enfermeiros estão numa posição privilegiada para assumir o papel de gestor de cuidados (*Care Manager*), pois estes são capazes de um modo eficaz, avaliar as necessidades imediatas e a longo prazo do doente e família, para assim tomarem decisões acerca do planeamento dos cuidados, coordenando e supervisionando a sua implementação. O gestor de cuidados “ênfatiza a comunicação e colaboração entre os membros da equipa de saúde” (Hoeman, 2000, p.29), e também a forma como gere os cuidados dessa mesma equipa, tendo sempre como única preocupação, a pessoa na centralidade dos cuidados.

D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste âmbito situam-se as competências:

Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade (D1);

Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimento (D2).

Para dar resposta a estas competências foram definidos os seguintes objetivos:

- *Aperfeiçoar competências no domínio da assertividade e relação interpessoal, com a pessoa alvo de cuidados e equipa multiprofissional;*
- *Facilitar os processos de aprendizagem em contextos de trabalho;*
- *Suportar a prática clínica pela investigação e conhecimento científico de maior evidência.*

Embora os conhecimentos científicos e técnicos sejam importantes, estes não substituem as componentes do domínio da relação interpessoal, que o enfermeiro deve desenvolver. Relativamente a estas capacidades, Hesbeen (2000, p.77) faz um alerta “ a profissão de enfermagem é prática e enraíza na ação”. A capacidade de cuidar do outro é complexa e apela ao *saber-estar* e *saber-ser*, o que requer o domínio particular da comunicação, da relação de ajuda e do autoconhecimento. Estes princípios concretizam-se na relação interpessoal, é esta que restitui à prática de enfermagem um sentido humano (Collière, 1997, p.151), e com a qual “a prática de enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa tratada. É o doente que é o referente, o ponto de partida e de chegada dos cuidados”. As competências relacionais nomeadamente a assertividade, a empatia e as competências de comunicação, foram dimensões desenvolvidas e aperfeiçoadas em todo o percurso.

No contexto comunitário, a visita do EEER, embora dirigida a um utente particular, tornava-se com facilidade alargada a toda a família. Nas visitas domiciliárias que fizemos, foi notório que era tido em consideração não só o bem-estar do utente, mas também do cônjuge, do filho, da filha, e por isso o nível de apoio prestado ultrapassava o domínio técnico da reabilitação, dando-se ênfase a todas as dimensões daquele agregado. Por esta razão, foi sobretudo neste contexto que foi mais evidente, o desenvolvimento gradual das competências da relação de ajuda. Nas visitas efetuadas, pudemos verificar como é importante a segurança que transmitimos e o apoio que proporcionamos ao cuidador. Em determinadas situações, a intervenção a nível físico e em especial a nível motor, tem pouco mais a proporcionar do que a prevenção de complicações da imobilidade ou inatividade. A estas necessidades contrapõe-se uma potencialidade enorme na esfera do cuidador, sobretudo ao nível do apoio psicológico. Estes níveis de intervenção com o cuidador são assim tão ou mais importantes. Shyu (2000) estrutura em três níveis, a natureza das necessidades do cuidador informal no processo de adaptação ao seu papel:

- A fase de compromisso e ajuste (*role engaging*), que contempla as necessidades de informação sobre os cuidados e as respostas existentes (estado de saúde do doente, gestão de sinais e sintomas, tipo de assistência no auto-cuidado, etc)

- A fase da negociação (role *negotiating*), que engloba a necessidade de ajuda nos cuidados básicos e o desenvolvimento da mestria, isto é da habilidade instrumental na prestação desses mesmos cuidados.
- A fase de resolução (role *settling*), que diz respeito a um nível já diferenciado de necessidade de suporte emocional, estratégias de *coping*, reforço do papel de cuidador.

Desta forma “a optimização do exercício do papel do cuidador passa pelo desenvolvimento de competências no domínio da informação, no domínio da mestria e no domínio do suporte” (Sequeira, 2010, p.178). É pois o enfermeiro que ajuda o cuidador neste processo de adaptação, já que na visita domiciliária o EEER «cuida também do cuidador», na medida em que o ajuda a cuidar do seu familiar, mas também facilita a expressão de emoções (como o medo, tristeza, esperança), de dúvidas e inseguranças, o que se constitui como um importante reforço positivo. Esta é também uma componente do cuidar, já que “cuidar é aprender a ter em conta os dois parceiros dos cuidados: o que trata e o que é tratado” (Collière, 1997, p.153), o que implica refletir sobre as emoções e as atitudes que acompanham este processo. O contexto da prestação de cuidados apela por isso, no domínio relacional a um exigente nível de assertividade por parte do EEER.

No decorrer do estágio deparámo-nos com a necessidade de dar resposta a uma grande variedade de interações, nomeadamente: cuidadores com características mais invasivas, ou outros mais protetores e observadores, o que veio a fomentar a capacidade adaptação aos diferentes contextos. A assertividade ao lidar com estes diferentes comportamentos é, como refere Grilo (2012), uma competência que pode ser apreendida e não um traço da personalidade. Para o autor, o treino assertivo pressupõe o desenvolvimento de duas competências fundamentais, a coordenação de perspetivas entre a pessoa e o interlocutor e a flexibilidade. Esta última visa considerar as crenças do outro e integrar as do interlocutor nas suas (Grilo, 2012). Este é um requisito fundamental para uma comunicação eficaz quer seja entre profissionais de saúde ou do profissional de saúde com o utente.

Ao longo do estágio, as reflexões escritas produzidas, a partilha de ideias, sentimentos e emoções com o enfermeiro orientador, a discussão sobre a melhor forma de abordar a pessoa, foram importantes estratégias no desenvolvimento destas capacidades, o que depois se veio a refletir não só no modo como construíamos a intervenção terapêutica com o utente, mas também no modo como nos posicionávamos e geríamos os processos comunicacionais na equipa.

Do ponto de vista do aperfeiçoamento dos conhecimentos, e em particular da sua integração enquanto suporte da prática clínica, utilizei a pesquisa de artigos nas bases de dados EBSCO, B-ON, CINHALL, que complementei com a consulta e leitura de obras de referência no domínio pretendido. À semelhança do que já referi anteriormente, isto permitiu-me aprofundar conhecimentos, selecionando os mais atuais e pertinentes, para fundamentar a prática de cuidados, e como suporte às atividades desenvolvidas relacionadas com a implementação de projetos e formações nos contextos, permitindo deste modo, a divulgação das evidências mais atuais e favorecendo a divulgação do próprio conhecimento em Enfermagem de Reabilitação.

1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A enfermagem de reabilitação segundo a OE (2010b) “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (OE, 2010b, p.1). Além disso, Hoeman (2000) realça que os enfermeiros têm uma obrigação de promover as intervenções preventivas na enfermagem de reabilitação, para assegurar que os utentes mantêm as suas capacidades funcionais, evitando-se mais incapacidades e, prevenindo-se complicações (Hoeman, 2000). Neste sentido, as competências do EEER devem ser transversais ao ciclo de vida e, o seu leque de intervenção é igualmente amplo. Este “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” e “toma decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (OE, 2010b, p.1). São três os níveis de competência definidos pela OE para o EEER, nomeadamente:

Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição de participação para a reinserção e exercício da cidadania;

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo a capacidade da pessoa.

OE, 2010b, p.2

Neste contexto, para dar resposta a este nível de competências, a maioria das atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, dificilmente são exclusivas de uma só competência, assim, as intervenções que desenvolvemos são transversais aos três níveis, ou seja, cuidamos, mas também capacitamos e promovemos a participação da pessoa, já que “a necessidade de cuidados de enfermagem não se liga unicamente à maior ou menor gravidade de uma doença ou limitação (...), mas sim à inter-relação que existe entre as possibilidades, capacidades e os recursos da pessoa, no período de trajetória de vida em que

se situa” (Collière, 1997, p.287-288). A análise das competências referidas será feita tendo por base as unidades de competência e os objetivos definidos no projeto realizado previamente (Apêndice 1). Por isso, dada a transversalidade das ações, acontece que objetivos diferentes serão respondidos e concretizados por uma mesma atividade, ou um conjunto de atividades.

1.2.1- Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações de atividade e incapacidades (J1.1)

Para dar resposta a esta unidade de competência, definiu-se o seguinte objetivo:

- *Identificar necessidades de intervenção especializada de enfermagem de reabilitação com a pessoa idosa, no domínio patológico e/ou preventivo.*

Nos contextos de estágio surgiram diversas oportunidades de aprendizagem, em que pudemos desenvolver as capacidades de avaliação da funcionalidade da pessoa a quem prestávamos cuidados. Acerca da funcionalidade, Collière (1997, p. 300) assume-a como “capacidade de uma pessoa, uma família, um grupo, tem, ou não tem, de funcionar, isto é, de agir por si próprio, para assegurar uma resposta a uma necessidade, que diz respeito à sua vida”. Esta deve ser avaliada, segundo a autora, em termos de «poder» (fazer sozinha, fazer com ajuda, não pode fazer) e em termos de «sentido» (da pessoa face a determinado problema, já que este pode inibir ou motivar o seu envolvimento).

Esta avaliação foi mediada por vários recursos: a recolha de informação dos processos clínicos; a colheita de dados com a família; o recurso a escalas e instrumentos orientadores; mas também por outros indicadores que considere essenciais na visão global da pessoa e que iremos descrever de seguida.

No caso particular da pessoa idosa, como afirma Sequeira (2010) a avaliação global do idoso pretende identificar quais as dimensões da funcionalidade da pessoa que concorrem para a dependência e quais as necessidades de ajuda (formal e informal); esta deve contemplar segundo o autor, múltiplos aspetos referentes à audição, à visão, à comunicação, à capacidade de apreender, à mobilidade, à capacidade de utilizar os membros superiores e inferiores, à capacidade de cuidar de si, de realizar tarefas domésticas e de se relacionar com

outros, aos quais se adiciona a avaliação de outras dimensões como os recursos económicos e ambientais e o estado de saúde global. Esta perspetiva corrobora com os pressupostos de Miller (2012) que propõe igualmente uma visão integradora da pessoa idosa, ao considerar múltiplos e complexos fatores envolvidos na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, na sua teoria das consequências funcionais.

No contexto comunitário, pretendeu-se selecionar instrumentos de avaliação que permitissem não só apreciar dados pertinentes para a tomada de decisão para a minha intervenção, mas que favorecessem uma visão global da pessoa, tendo em conta a particularidade da pessoa idosa. Por este motivo, optou-se por orientar a avaliação da funcionalidade da pessoa idosa utilizando um guia de observação - *Constat d'Autonomie Fonctionnelle Ici et Maintenant (CAFIM – anexo 1)*, de 1993, da autoria de Lucien Mias¹⁹, que o elaborou a partir do instrumento SMAF - *Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (1984)* ao qual adicionou alguns itens do IADL – *Instrumental Activities of Daily Living (1969)*. Este instrumento²⁰ combina aspetos relacionados com as capacidades sensoriais – visão, audição, sensibilidade, as capacidades cognitivas – orientação, expressão verbal e compreensão e as capacidades de domínio motor, permitindo avaliar as AVD's e as AIVD's²¹ e nestas avalia aquelas que se revelam mais essenciais e que se cruzam com o domínio até instrumental da vida diária. Deste modo, revelou-se facilitador da visão integradora que se pretendia, já que permite facilmente compreender que domínios estão afetados e quais os que resultam do próprio envelhecimento (*age-related changes*), e quais os aspetos que podem constituir fatores de risco e vulnerabilizar a pessoa, com consequências funcionais negativas. Este instrumento permitiu avaliar a pessoa idosa, de forma sistematizada e também aprofundada, de um modo muito pertinente e agregador.

¹⁹ Lucien Mias, gerontologista francês, médico de família de carreira, atualmente aposentado, foi diretor da Unidade Cuidados Longa Duração do Centro Hospitalar de Mazamet em Aussillon-Toulouse e criador do website papidoc - <http://papidoc.chic-cm.fr/index.htm>, onde figuram um conjunto de artigos e documentos concebidos no âmbito dos cuidados gerontológicos, para utilização pela equipa de cuidados.

²⁰ Cuja aplicação pode ser consultada no plano de cuidados no apêndice 8.

²¹ As atividades da vida diária (AVD's) incluem, por exemplo, tomar banho, alimentar-se, utilizar o W.C. e andar pela casa. As atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) incluem atividades como ir às compras, realizar tarefas domésticas e preparar as refeições (WHO, 2012).

A rotina habitual destes utentes (idosos), é muitas vezes definida por uma certa inatividade, tal como Mota & Carvalho (2012, p.73) explicam, em que “os idosos vêm o exercício como não estando ajustado as suas capacidades (...) caracterizam-no como sendo da juventude, receando o insucesso da sua idade”. Se este “habitual” reduzido nível de atividade, vai ser substituído por um padrão de atividade exigente, aquando da implementação de um programa de enfermagem de reabilitação, os resultados obtidos dependem também de um nível ótimo de aporte nutricional. Neste sentido, procurou-se incluir na apreciação inicial da pessoa, a avaliação do estado nutricional (incluindo dos hábitos alimentares e de quem confecciona as refeições). A opção da sua inclusão na avaliação e planificação dos cuidados, prendeu-se com o facto de que, do estado nutricional depende uma maior ou menor capacidade de gasto calórico (o que interfere com a capacidade de exercício, do qual depende o fortalecimento muscular). Além disso, o estado nutricional da pessoa repercute-se também noutros domínios, pelo que como afirmam Afonso, Morais & Almeida (2012, p.53) é fundamental “identificar a população idosa em risco de desnutrição, por excesso ou por carência, pelas consequências negativas sobre a capacidade imunológica, a redução da força muscular, a capacidade respiratória (...) e o aumento do risco de doença e o recurso à hospitalização ou institucionalização”.

Há a necessidade também de se considerar os recursos disponíveis para melhorar o aporte nutricional, e nem sempre a hipótese mais direta de suplementação nutricional de compra é a possível. No decorrer do estágio, foi possível desenvolver e aprender estratégias ajustadas com a pessoa e o cuidador, para melhorar a ingestão nutricional, como por exemplo, a adição de alimentos particularmente ricos em proteínas, calorias, vitaminas a uma dieta já estabelecida e habitual. Surgiram também oportunidades de mobilizar outros recursos para otimizar a alimentação dos utentes, pedindo a colaboração da assistente social para apoio domiciliário neste sentido. O contacto com os elementos da família, que habitualmente asseguravam as compras de mercearia, para sugerir-se algumas medidas para melhorar a dinâmica alimentar também foi importante. A adoção das melhores estratégias, aceites e possíveis para o utente, implica considerar também além do nível económico, outros fatores. Estes dizem respeito às alterações próprias do envelhecimento

nomeadamente, alterações do foro digestivo, a perda de peças dentárias, diminuição do paladar e olfato, e também metabólico; ou ainda a influência que determinados medicamentos têm no apetite e na digestão (Kravchenko, 2008), e que podem condicionar, quer a adesão do utente, quer a eficácia do tratamento proposto.

A polimedicação é comum na pessoa idosa, sendo inclusive um dos fatores de risco a considerar segundo Miller (2012), em particular os efeitos adversos que medicação habitual do idoso, pode assumir na sua funcionalidade.

O ambiente é também um aspeto fundamental a avaliar (tal como já foi referido no âmbito das competências gerais), podendo assumir uma influência positiva ou negativa no processo de reabilitação. Ao longo do estágio foi possível, em diversos momentos, também aconselhar sobre estratégias para otimizar este domínio. Para melhor estruturar a avaliação do domicílio, utilizou-se os contributos do autor Miller (2012) como as *Guidelines for Assessing the Safety of the Environment* - que se traduziu e adaptou (apêndice 9). Este instrumento foi facilitador para o conhecimento dos aspetos relacionados com a habitação, que podem constituir uma ameaça à segurança do idoso.

A avaliação do contexto sócio-familiar e das características do cuidador foi também uma preocupação. O conceito de família tem vindo a sofrer alterações conforme os tempos, na sua adaptação aos condicionantes externos e como afirmam Sousa, Patrão & Vicente (2001) já não é suficiente a definição de família baseada no critério do parentesco e da co-residência. As famílias numerosas de outrora e coabitando, dão lugar agora a um conceito de família multigeracional, que inclui não só um conjunto de indivíduos emocionalmente ligados, que compreende pelo menos três gerações – pais, filhos, netos – mas também outros elementos não ligados por laços biológicos mas que «fazem parte da família», incluídos de forma significativa na vivência do indivíduo, como sejam os amigos e vizinhos (Sousa, Patrão & Vicente, 2001). Neste sentido, em ambos os contextos de estágio, compreender a dinâmica familiar foi um fator fundamental, permitindo-nos muitas vezes, apreender a maior ou menor motivação do principal cuidador; as suas dificuldades e outros elementos que poderíamos incluir no plano de cuidados, dado que, o envolvimento da família é também um domínio de intervenção. Tal como afirma Sequeira (2010, p.182) “é

imprescindível que o cuidador, à semelhança do idoso, seja considerado o alvo prioritário e de intervenção para os profissionais de saúde, com o intuito de se avaliarem as suas capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades que emergem do contexto e as estratégias que pode utilizar”. Os cuidadores têm sempre um papel fundamental na assistência e manutenção do idoso no seu contexto habitual. Como forma de promover a funcionalidade da pessoa idosa, dentro do espectro daquilo que esta é capaz de fazer, os próprios familiares devem ser orientados e capacitados sobre estratégias que visem esta estimulação ao invés da substituição. Miller (2012) alerta nos pressupostos da sua teoria, para as atitudes ageístas²² e como a falta de informação podem aumentar a vulnerabilidade da pessoa idosa, expondo-a a consequências funcionais negativas. Deste modo, trabalhar com os cuidadores, esta atitude promotora de funcionalidade é de elevada importância.

Na avaliação sistematizada da mobilidade, pode-se aplicar a escala da avaliação de força muscular (*Lower*), a escala de avaliação da espasticidade de *Aswhorth* (se aplicável), a escala de *Tinetti* para avaliação do equilíbrio e outras escalas como a MIF (Medida de Independência Funcional), além da grelha de observação CAFIM, que permitiram avaliar diferentes dimensões que incluíam aspetos da mobilidade como a capacidade de mover-se, transferir-se, deslocar-se, entre outras. Todos estes instrumentos eram úteis não só como avaliação inicial, mas também como forma de comparar a evolução da pessoa, evidenciando os ganhos em saúde, resultante da intervenção do EEER.

Nos diferentes contextos procedeu-se ainda à avaliação da amplitude articular, tendo por base o instrumento de registo norte-americano - *Range of Joint Motion Evaluation Chart*²³ (apêndice 10). A amplitude articular é um dos domínios que sofre alterações com o envelhecimento, mas que também pode ser maximizada por exercícios de mobilização articular e como tal, uma avaliação rigorosa deste domínio facilita o planeamento e simultaneamente a monitorização da evolução da pessoa.

²² Diz respeito ao conjunto de estereótipos que incluem atitudes, características e pensamentos atribuídos aos idosos, que tendem a desvalorizá-los, considerando-os debilitados e frágeis, não sendo capazes de exercer uma atividade de forma satisfatória (Berger & Mailoux-Poirier, 1995).

²³ Original elaborado pelo Department of Social and Health Services, Washington State Disponível em http://www.dshs.wa.gov/pdf/ms/forms/13_585a.pdf

Pudemos ainda ter a oportunidade de aplicar a *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*, no contexto hospitalar, dado ser um instrumento utilizado no serviço. Também neste contexto, a realização do exame do estado neurológico, foi um importante indicador da evolução do doente (consultar plano de cuidados no Apêndice 11).

O recurso a diferentes instrumentos e a inclusão de tantos elementos na avaliação inicial da pessoa, permitiu detetar com maior facilidade e rigor, não só as alterações (atuais ou potenciais) a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentar, e de eliminação alvo de intervenção, como também aqueles que seriam os fatores facilitadores, inibidores e/ou de risco no processo de reabilitação, considerando as atividades de vida e os fatores psicossociais, familiares e económicos envolvidos. Esta procura revê-se naquilo que Collière (1997, p. 152) refere como sendo uma abordagem global “que situa as pessoas no seu contexto de vida, tentando compreendê-la em relação aos costumes, aos hábitos de vida, às crenças, ao valores que veicula, bem como, o impacto da doença e das limitações que lhe são inerentes a esse contexto”. Esta metodologia possibilitou ter um conhecimento aprofundando do doente, permitindo tomar decisões para o planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação, refletindo-se nos planos de cuidados elaborados, onde se procurou fornecer uma visão dos problemas reais, potenciais e em risco específicos daquela pessoa/família. Acima de tudo revelou-se essencial “procurar saber o que para elas tem sentido, o que pode determinar a ajuda a prestar, para compensar as necessidades, a que elas próprias não podem responder em consequência da doença, ou da limitação física, mental ou social” (Collière, 1997, p.152).

Além disto, e não menos importante, pudemos desenvolver competências na interpretação de meios complementares de diagnóstico nomeadamente a nível respiratório (imagiologia e auscultação pulmonar), e a nível neurológico (imagiologia craneo-encefálica). Estes trouxeram contributos importantes na deteção de alterações subjacentes aos sinais/sintomas observados na avaliação prévia, e assim definir as prioridades de intervenção, mas também após a intervenção numa avaliação comparativa (no caso específico da imagiologia do tórax e na auscultação), como meio de avaliar as medidas implementadas.

1.2.2 - Concebe e organiza planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (J1.2).

Como forma de dar resposta a esta unidade de competência estabeleceu-se o seguinte objetivo:

- *Conceber e organizar planos de intervenção de enfermagem de reabilitação que visam promover a capacidade funcional da pessoa idosa, tendo em consideração o processo de envelhecimento e sua adaptação ao processo de saúde-doença.*

A este nível, importa enumerar as diferentes situações de saúde das pessoas, que implicavam também diferentes necessidades de cuidados, em cada um dos contextos de estágio. Da experiência decorrida, a intervenção do EEER a nível comunitário parece deparar-se com um maior número de situações crónicas, nos quais as intervenções destinam-se sobretudo à manutenção da funcionalidade, ou à adaptação a determinadas sequelas, integrando-os no seu quotidiano e evitando a instalação de complicações. Por sua vez, no contexto hospitalar, embora as afeções sejam do âmbito agudo (ou de episódios de agudização de uma condição de doença crónica), também emerge a necessidade de intervenção no sentido de recuperar a funcionalidade, com o mínimo de sequelas. Torna-se por isso, importante que a intervenção desenvolvida seja perspectivada não só a curto prazo, mas a médio e longo prazo.

Contudo, porque tivemos a experiência dos dois contextos, tornou-se importante refletir, em particular na pessoa idosa, para a importância de se prevenir o declínio funcional associado à hospitalização.

No estágio na ECCI, muitos dos nossos utentes eram referenciados por um agravamento da dependência, decorrente de um internamento hospitalar prolongado, e tinham um grau de funcionalidade prévio superior ao atual. Contudo, fruto de múltiplas complicações no internamento, adquiriam limitações significativas com redução das suas capacidades e quando regressavam a casa, já não eram capazes de realizar movimentos que implicassem a mobilização

ativa, ou até deixaram de efetuar a marcha, quando antes do internamento o faziam. É verdade que estas limitações são adquiridas, por vezes, como sequelas do próprio processo patológico, que as conduziu ao internamento, no entanto, não menos verdade é que na grande maioria estas podem ser agravadas pelo desuso, pela ausência de estimulação, ou até pela substituição constante nas atividades, o que se traduz numa desaprendizagem das capacidades prévias. Mota & Carvalho (2012, p. 73) referem que a redução da capacidade funcional no idoso “é mais fortemente motivada pelo desuso funcional, do que por uma falência efetiva das capacidades físicas, motoras e intelectuais”. O declínio funcional dos idosos hospitalizados pode ocorrer em poucos dias, e resulta da «cascata de dependência» do idoso, na qual as mudanças relacionadas com o envelhecimento – combinadas com a imobilidade e a permanência no leito – assumem consequências funcionais significativas ou até mesmo irreversíveis (Graf, 2006). Face a estes pressupostos, o processo de reabilitação na ECCI, passava a implicar não só a recuperação daqueles que seriam “os défices novos”, mas a reaprendizagem de um conjunto de atividades e funções que a pessoa já dominava anteriormente. Tendo em conta que exerço funções no contexto hospitalar, teve particular importância refletir sobre estas questões.

Uma vez que primeiro realizei o estágio na comunidade e só depois o hospitalar, esta visão permitiu-me estar atenta no período de internamento hospitalar, para as situações em que era possível desenvolver algumas intervenções destinadas a prevenir o declínio funcional, como as atividades no leito, o levantar precoce, a alimentação sentado em sala de refeições, a ida à casa de banho ao invés de cuidados de higiene no leito, ou seja, retomar o mais precocemente possível o nível de atividade habitual, procurando reduzir o tempo de permanência em situações de dependência e imobilidade. Graf (2006) defende inclusive as *Routine Walking Schedules* (períodos definidos de marcha ao longo do dia, de acordo com um horário estabelecido), as atividades para reduzir a privação sensorial e uma alta hospitalar atempada, como algumas das medidas capazes de minimizar o declínio funcional dos idosos hospitalizados. O planeamento de cuidados teve então em consideração este aspeto, em particular durante o contexto de estágio hospitalar, não só considerando o que tem de ser

compensado, mas acima de tudo “estimular tudo o que pessoa possa fazer por si próprio ou com ajuda” (Collière, 1997, p.305).

As estratégias utilizadas para organizar e planear os cuidados passaram essencialmente pela discussão com o doente/família e com os enfermeiros, sobre as necessidades prioritárias e sobre os recursos a utilizar, em função do qual, era definido um conjunto de ações fundamentadas a implementar.

Considerando o planeamento de intervenções, com parte integrante do processo de enfermagem, procurou-se aplicar os pressupostos da teoria de médio alcance de *Carol Miller*, na definição de diagnósticos²⁴, objetivos²⁵ e intervenções²⁶ de enfermagem de reabilitação. Deste modo, estabeleceu-se diagnósticos de enfermagem, atuais ou potenciais, que constituíam as *Consequências Funcionais Negativas*, isto é, efeitos observáveis que afetam a qualidade de vida e o funcionamento nas atividades do dia-à-dia. Depois, para cada diagnóstico foram estabelecidos objetivos da intervenção à luz da teoria referida, que se revêm enquanto *Consequências Funcionais Positivas* (diz respeito, a um elevado nível de funcionalidade, mínima dependência e melhor qualidade de vida). Para se alcançarem estes objetivos foram definidas determinadas intervenções de enfermagem de reabilitação, propostas para promover a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa no seu dia-à-dia, tendo em consideração, reduzir os efeitos negativos das alterações relacionadas com o envelhecimento e minimizar os fatores de risco presentes em cada situação.

A intervenção teve sempre em atenção a singularidade de cada pessoa e se num caso, destacou-se a comunicação comprometida e o papel familiar comprometido, como principais problemas, noutro as questões relacionadas com a interação social diminuída também eram significativos. Houve preocupação em formular as intervenções de modo claro, num registo muito operativo e ativo,

²⁴ Diagnóstico de enfermagem é “um julgamento clínico acerca das respostas de um indivíduo, da família, ou da comunidade, aos problemas reais ou potenciais de saúde ou processos de vida” (Paul & Reeves, 2000, p.27).

²⁵ Objetivos de enfermagem são determinados pelas metas e devem ser declarados em termos de comportamentos observáveis. Especificam o nível de desempenho e comportamento que serão aceites, como evidência que os resultados esperados foram atingidos (Paul & Reeves, 2000, p.27).

²⁶ Intervenções de enfermagem, especificam o tipo de cuidado que deve ser realizado para cumprir as exigências adequadas ao problema do cliente. Devem ser individualizadas e incluir uma participação ativa da pessoa a quem se destina (Paul & Reeves, 2000).

onde predominam termos como o executar, treinar, ensinar, estimular e modificar.

Para complementar a intervenção, em muitas situações tornou-se necessário mobilizar diferentes recursos, nomeadamente, produtos de apoio como o andarilho, as barras de apoio, a cadeira de duche, o espelho quadriculado, o degrau e a bola suíça, assim como os objetos pessoais e o vestuário do próprio. Neste sentido tivemos a oportunidade de diversificar bastante os recursos existentes, recorrendo igualmente a algum grau de criatividade na procura de recursos, e por vezes até na sua construção simplificada.

A considerar a intervenção ao nível do ambiente, é muito importante planificar considerando o que pode e o que não pode ser modificado no mesmo, quer por questões arquitetónicas, quer por questões de respeito pela vontade da própria pessoa e, portanto adequar o que se propõe. É importante planear com a pessoa intervenções que façam sentido para ela e para a família, tendo em consideração de que esta é o foco da intervenção do enfermeiro, e que se reveja no plano de cuidados. Indo de encontro ao que Hesbeen (2003, p.35) salienta como fundamento da intervenção de enfermagem, nomeadamente que “as ações propostas e os gestos executados sejam sensatos, isto é, que façam sentido para a pessoa a que se dirigem, que respeitem a sua vontade, os seus limites e os seus recursos”.

Modificar com um grau elevado de bom senso, reciclar em vez de comprar de novo, é o exemplo aplicado a um utente com dificuldade na ingestão de líquidos, nomeadamente da sucção, em que foi sugerido ao familiar o uso dos copos de bebida do neto bebé. Outra situação foi a utilização de um lençol usado, para o levantar de um utente, em vez de comprar uma contenção de tronco para a cadeira. Qualquer modificação proposta não teria impacto, se projetada numa via unidirecional do EEER para o utente, como por vezes se verificam nos “ensinos tradicionais”. Sentimos a necessidade de levar a pessoa a compreender o que utilizava ou não, se se sentia segura ou não, como fez com outras situações semelhantes e prévias e, portanto de algum modo, ajudar a pessoa a rever-se no que era falado e sentir-se implicada, para que as estratégias adaptativas lhe fizessem sentido, pois só assim seriam verdadeiramente valorizadas por ela. Esta dinâmica revê-se na filosofia de cuidados centrados na

pessoa, no qual esta, as suas preferências e necessidades individualizam o planeamento dos cuidados, já que “a doença, «pequena» ou «grande», faz parte da vida (...) qualquer que ela seja, não será vivida da mesma forma por cada pessoa, pois inscreve-se numa situação de vida única” (Hesbeen, 2000, p. 26-27).

A pessoa, o seu ponto de vista é simultaneamente um princípio e um fim na tomada de decisões em saúde (Kagan, 2011). Hesbeen (2003, p.13) afirma mesmo que “para que as ações do profissional façam sentido para a existência particular de determinada pessoa, o que importa não é atribuir-lhe sentido (o nosso sentido) mas sim, ter a certeza que elas se enquadram na direção que a pessoa considera desejável”. Efetivamente, como reforçam Augusto & Carvalho (2005, p.53) “para haver aprendizagem, não basta fazer ensino, sendo necessário o interesse e envolvimento de ambas as partes na consecução dos objetivos de lineados”.

Um outro aspeto que importa realçar, em que houve lugar ao desenvolvimento de competências, e que foi desenvolvido de forma mais efetiva no contexto comunitário, do que no contexto hospitalar, passou pelo envolvimento da família no processo de reabilitação. No contexto domiciliário este é um aspeto fulcral, em especial considerando a intervenção em ECCI (um dos critérios de admissão na rede de cuidados continuados integrados é a presença de um cuidador a tempo inteiro). Por outro lado, tudo aquilo que desenvolvemos no domicílio da pessoa, só faz sentido valorizando o cuidador e portanto, o papel da família. Collière (1997) revê na família um importante elemento de intervenção em enfermagem, já que considera a enfermagem como motor do desenvolvimento dos cuidados, deixando às famílias a sua iniciativa, estimulando-as, ajudando-as a reencontrar a sua capacidade de tratar, acompanhando e assegurando junto delas o que têm dificuldades em cumprir.

No projeto de estágio, o foco de atenção foi a pessoa e no decorrer da experiência em ensino clínico, a família, emergiu como sendo igualmente importante. O cuidador surge como um importante aliado da intervenção do EEER. É este que garante a continuidade dos cuidados iniciados nas sessões em visita domiciliária. Por outro lado, é também a partir do *feedback* que este nos dá, que se reestrutura o plano, sendo feitos ajustes nas atividades de

reabilitação planeadas. Acima de tudo é o cuidador, que de forma mais efetiva e a tempo inteiro pode integrar os princípios da reabilitação nas restantes atividades de vida e promover as capacidades da pessoa idosa, em vez de a substituir. O cuidador é por isso um aliado, logo ao conceber-se um plano de intervenção há que incluir e prever a família como um parceiro, tal como refere Sequeira (2010, p.10) “a aliança com as famílias, com destaque para os cuidadores informais ou outras formas naturais de apoio, deve ser incentivada e apoiada, de forma a facilitar a sua colaboração com os sistemas de cuidados de saúde”.

Nesta perspetiva, no contexto hospitalar a preparação para a alta e promoção do envolvimento da família, passou essencialmente por promover a participação da pessoa de referência, nos cuidados de higiene, nos posicionamentos e transferências, no apoio na alimentação, o que em si se revelava uma importante estratégia de preparação para a alta e do regresso a casa. Ainda neste âmbito, se considerarmos os casos nos quais a alta hospitalar se destinava à transferência para outra instituição (como por exemplo, um centro de reabilitação), e portanto o regresso a casa era adiado, nestes, ainda estavam pouco definidas as limitações, o que em si parecia gerar maior incerteza sobre as necessidades de cuidados a longo prazo da pessoa, em função do qual varia também o grau de envolvimento familiar necessário. Assim, como refere Hesbeen (2003, p. 65), “os profissionais deverão, portanto, ser particularmente atentos à promoção da presença dos próximos, observando ao mesmo tempo, os eventuais efeitos indesejáveis, que por seu lado, podem criar situações de desvantagem”. Este aspeto remete para o processo de transição, quer na esfera individual saúde-doença na pessoa com determinada afeção, quer no ponto de vista da transição para o papel de cuidador, sendo em ambos os casos um processo complexo. Meleis (1994) define o conceito de transição enquanto a “passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. Refere-se tanto ao processo, como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente” (Meleis & Trangenstein, 1994, p.256). A autora revê na enfermagem a função de facilitar o modo como cada pessoa experiencia este processo e ajudá-la a restabelecer o equilíbrio necessário a uma transição saudável (Meleis, 1994).

1.2.3 - Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade (J1.3)

Para desenvolver esta unidade de competência, foram traçados três objetivos que se interligam e complementam, como:

- *Implementar intervenções planeadas com o objetivo de otimizar/reeducar e/ou prevenir limitações no domínio das funções motoras, sensoriais, cognitivas, cardio-respiratórias e de eliminação, na pessoa idosa;*
- *Conceber sessões de treino com técnicas destinadas à promoção da capacidade funcional, auto-cuidado e realização de atividades de vida;*
- *Promover a continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento e domicílio/comunidade).*

Complementarmente, a seguinte competência surge interligada com a anterior:

Elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (J2.1)

No seguimento desta competência definiram-se os seguintes objetivos:

- *Elaborar e implementar programas de treino de atividades de vida com vista a promover, recuperar ou manter a participação do idoso e a sua funcionalidade, nos vários contextos (internamento/comunidade/domicílio);*
- *Identificar barreiras à participação social, acessibilidade e mobilidade da pessoa idosa no seu contexto domiciliário;*
- *Desenvolver atividades destinadas a maximizar as capacidades funcionais da pessoa idosa favorecendo o seu desempenho a nível motor e cardio respiratório.*

De um modo geral, consideramos bastante variado o leque de situações que proporcionaram oportunidades de aprendizagem, nos vários domínios da enfermagem de reabilitação, não só considerando as situações da pessoa idosa, mas também a um nível mais abrangente, a pessoa ao longo do ciclo de vida.

Sendo o foco de intervenção a pessoa, um importante aspeto na implementação de um plano de enfermagem de reabilitação, será a necessidade de integrar as

atividades/técnicas de reabilitação, sempre que possível, nos domínios mais comuns com os quais a pessoa se relaciona. No contexto hospitalar devemos inseri-las nos cuidados gerais de enfermagem. Do mesmo modo, no contexto comunitário é importante integrar as atividade de reabilitação propostas, nas suas rotinas diárias. Embora a fundamentação das técnicas de enfermagem de reabilitação utilizadas fosse a mesma, a sua aplicação centrada na pessoa, pressupunha uma adaptação. Para tal, é essencial o desenvolvimento do que Hesbeen (2003, p.77) refere como sendo a «capacidade de inferência», como aquela que “permite ao prestador de cuidados estabelecer a ligação entre diferentes parâmetros, entre vários aspetos, bem como combinar os seus múltiplos recursos, pô-los em evidência e dar-lhes pertinência para poder cuidar da pessoa, na sua situação de vida particular”. Esta adaptação processava-se a vários níveis, nomeadamente ao nível da condição do utente, dos recursos disponíveis e das especificidades do envelhecimento, caso se tratasse de uma pessoa idosa.

No domicílio, a condição do utente determinava muitas vezes que estratégias se executavam, tendo em consideração a avaliação do dia anterior. No Hospital, a instabilidade clínica podia implicar não utilizar e, até contraindicar certos exercícios, como por exemplo em doentes com problemas do foro neurológico, como o hematoma cerebral, em que estavam contraindicadas certas atividades que conduzissem ao risco de aumento da pressão intra-craniana.

A adaptação aos recursos disponíveis esteve sempre presente no contexto domiciliário, já que o objetivo é ajudar a pessoa a adaptar-se da melhor maneira ao seu ambiente, e como tal, é esperado que se utilize os recursos que tem no seu dia-à-dia. Aqui a criatividade assumia um lugar interessante, que tivemos a necessidade de aperfeiçoar, por exemplo: uma garrafa servia tanto de peso (introduzir resistência nas mobilizações), como podia ser utilizada em conjunto com uma palhinha, como espirómetro de incentivo; uma bengala servia perfeitamente como bastão na reeducação costal global; um móvel de sala ou cadeira serviam como barra de apoio nos exercícios de treino de equilíbrio e os degraus da escada, como treino de fortalecimento da musculatura dos membros inferiores e reeducação ao esforço.

A adaptação às circunstâncias do próprio envelhecimento significava ter em consideração a forma como determinados exercícios podiam não ser tolerados e terem de ser reajustados, por exemplo, ao nível da amplitude de movimento pretendida e possível de alcançar; ou pela combinação de dois ou mais segmentos articulares num único movimento (mais complexo, mas com menos gasto energético). Além disso, tínhamos sempre que ter presente, a limitação da função cardiovascular, que não permitia sessões intensivas de treino. Por isso, era fundamental uma escolha pertinente dos exercícios, que não só se adequassem ao objetivo pretendido, mas também, se revelassem interessantes para a pessoa, com uma utilidade clara, dado que o objetivo é “desenvolver e aperfeiçoar o gesto utilitário, indispensável para a realização eficaz das tarefas do dia-à-dia” (Mota e Carvalho, 2012, p.75). Esta consciencialização das alterações próprias do envelhecimento, enquanto condicionantes da própria intervenção, vai de encontro aos pressupostos que Miller (2012) evidencia.

No âmbito da **reeducação funcional motora** tivemos a oportunidade de realizar diferentes técnicas, considerando as particularidades da pessoa com acidente vascular cerebral, nomeadamente: posicionamentos e atividades terapêuticas (auto-mobilizações, ponte, oscilação pélvica, rolar ativo, passivo e assistido para o lado afetado e lado menos afetado e a facilitação cruzada), com o objetivo de inibir essencialmente a instalação do padrão espástico. Aperfeiçoou-se também a técnica de levantar e transferência, na pessoa com hemiplégia ou hemiparesia e a técnica de mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas, muitas vezes condicionadas já por algum grau de limitação – quer do foro articular ou por espasticidade já instalada - e compreender como é importante a ênfase nos movimentos que contrariam estas limitações.

Os exercícios de mobilização articular permitem prevenir a limitação articular assegurando a sua **flexibilidade**, que como refere Mota & Carvalho (2012, p.79) “apresenta uma grande importância na qualidade de vida dos idosos, por ser essencial para a realização das mais variadas tarefas da vida diária, tais como, calçar os sapatos, subir e descer degraus, pentear o cabelo, e outros”. No contexto da inatividade que, por vezes, o internamento hospitalar representa, ou mesmo no domicílio, quando há um certo grau de sedentarismo, esta capacidade pode ser comprometida pois como os autores referem “a imobilidade prolongada

conduz à formação anormal de ligações cruzadas entre as fibras de colagénio, que levam à diminuição da capacidade de alongamento da estrutura afetada” (Mota & Carvalho, 2012, p.79). Por este motivo, mesmo as mobilizações passivas numa pessoa acamada, ou com estado de consciência comprometido, eram muito importantes. Depois, à medida que os exercícios já eram maioritariamente ativos, pudemos também desenvolver estratégias para aumentar a **força muscular**, pela introdução de resistências nas mobilizações. As alterações da massa muscular e a diminuição da ativação neuronal²⁷ dos músculos são significativas com o envelhecimento. A força muscular máxima é alcançada por volta dos 30 anos, e mantém-se mais ou menos estável até à quinta década, a partir da qual começa a diminuir, já que “entre os 50 e 60 anos existe uma perda de aproximadamente 15% por década; a partir dos 70 a redução da força muscular aumenta para 30% em cada 10 anos” (Mota & Carvalho, 2012, p.82). Para além disso, a diminuição não é uniforme, tende a afetar mais a musculatura dos membros inferiores, do que dos membros superiores (Mota & Carvalho, 2012). Por tal motivo, a realização de exercícios isotónicos dos membros inferiores, com ou sem resistência introduzida, assim como os exercícios isométricos também, são bastante importantes, até para preparação para a marcha.

Tivemos a oportunidade de aplicar estratégias para o **treino de equilíbrio**²⁸ como: treino de equilíbrio sentado dinâmico com bola suíça, em pé estático com o espelho, para facilitar as correções posturais com a visualização pela própria pessoa; treino de apoio uni podal, «agachamentos»²⁹, ou andar com um pé a frente do outro. Isto assume particular importância no caso da pessoa com AVC, mas também na pessoa idosa de um modo global. O equilíbrio é uma capacidade que envolve por isso várias estruturas – ossos, articulações, músculos e órgãos dos sentidos - e que tende a estar afetada na pessoa idosa com maior predisposição a quedas. Nos dois contextos de estágio tivemos a oportunidade

²⁷ Referente a ativação dos músculos por junção neuro-muscular ou placa motora, referente a junção sináptica do axónio do neurónio com a fibra muscular. (Barbany, 2002). Estes diminuem em número com o envelhecimento.

²⁸ Equilíbrio é a capacidade em manter o corpo na sua base de sustentação pela utilização constante de informações internas e externas, no sentido de reagir as perturbações da estabilidade e ativar os músculos para atuarem coordenados, antecipando as alterações de equilíbrio (Spiruso, Francis & Macrae, 2005).

²⁹ Termo comum que designa os exercícios de flexão dos membros inferiores, com ou sem carga. (Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico, 2003-2015). São habitualmente realizados com apoio bilateral dos pés no chão, com ou sem apoio dos membros superiores em barra lateral.

de desenvolver esta componente, até porque dela depende também uma marcha segura.

O **treino de marcha** foi também uma componente desenvolvida, sob apoio unilateral ou com auxiliares de marcha – andarilho, bengala, canadiana. No caso particular da pessoa com problemas do foro neurológico, pudemos ainda apreender estratégias para otimizar a marcha na pessoa com doença de Parkinson, quando surge o *freezing*³⁰ ou hesitação. O treino de marcha, como treino de reeducação ao esforço também foi desenvolvido, introduzindo-se períodos de repouso nos percursos, que eram complementados com uma boa dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática. Neste caso, em particular, tratava-se de um adulto com Esclerose Lateral Amiotrófica de predomínio bulbar, que fazia a sessão de treino de marcha com ventilação não invasiva. Vários aspetos eram tidos em conta no treino de marcha, nomeadamente ter calçado e vestuário adequado e o cuidado de remover objetos, potenciais obstáculos, do caminho, exceto aqueles que fossem intencionalmente introduzidos para treinar, por exemplo, o ultrapassar obstáculos ou contorná-los para fazer mudanças de direção, além do cuidado em remover fontes de distração paralela – barulho, televisão, etc.

Um contributo para a aprendizagem que o contexto hospitalar nos proporcionou, foi poder desenvolver algumas estratégias de reeducação funcional motora (RFM) na pessoa com traumatismo vertebro-medular (TVM). Prestámos cuidados a um jovem com uma situação de mielite extensa, da qual resultou uma paraplégia com uma hipoestesia e que em termos de sintomatologia e fundamentos das técnicas a utilizar são relativamente semelhantes às da pessoa com TVM. Pudemos compreender como estas situações são bastante sensíveis e complexas, pois está sempre presente a dúvida se os défices são reversíveis ou não, além de que atingem habitualmente pessoas muito jovens, ativas, com projetos de vida que ficam em “*stand-by*” enquanto a situação não se define. Pudemos, neste domínio, aplicar os princípios da técnica de transferência com tábua, o treino de equilíbrio sentado estático e dinâmico, o exercício de “*push-*

³⁰ “Freezing” denomina uma sintomatologia específica da pessoa com Doença de Parkinson avançada, que define-se como uma incapacidade temporária e involuntária em mover-se (National Parkinson Foundation, 2015).

up” na cadeira de rodas, e o treino dirigido ao fortalecimento muscular dos membros superiores.

No âmbito do **treino das atividades de vida diária** (AVD's), procurámos nortear a nossa ação de acordo com três eixos de referência – primeiro, tendo em consideração os hábitos pessoais; segundo, incluir no planeamento as estratégias facilitadoras definidas (EEER) e terceiro, dar atenção e estimular o grau de participação, com o objetivo de retornar o mais possível ao primeiro eixo, isto é, ao que era habitual para a pessoa, tendo em conta o seu potencial.

No treino da AVD referente à alimentação pudemos fazer a avaliação da sua alteração, pela avaliação da disfagia (conforme protocolo do serviço) e implementar medidas no treino da deglutição, com manobras acessórias e posicionamentos da cabeça e pescoço, no qual se elaborou o guia (para a pessoa com dificuldades na deglutição) já referido anteriormente no relatório. A colaboração com a dietista foi também uma estratégia fundamental, na sua adequação, tendo em atenção as consistências dos alimentos, e as preferências da própria pessoa por determinados sabores. Outra estratégia utilizada em certos casos, foi o recurso ao espelho durante a refeição, para que a pessoa pudesse mais facilmente integrar a atividade, embora de uma forma sempre ponderada pois, se em certos casos funcionava como estímulo, noutros poderia ter uma influência negativa ao dispersar a atenção e aumentar o risco de aspiração.

No âmbito da AVD cuidados de higiene, vestir e despir, este treino foi essencialmente desenvolvido em contexto hospitalar, com a pessoa com alterações neurológicas, em particular na pessoa com AVC. Tivemos oportunidade de promover a sua participação na higiene da metade superior e parcialmente da metade inferior do corpo, pudemos explicar alguns cuidados a ter para garantir a segurança e estratégias na orientação e disposição da roupa, bem como, orientações sobre material para adaptar o vestuário e calçado e torná-lo mais fácil de vestir/calçar e despir/descalçar, como velcro ou elásticos.

No treino referente à eliminação, pudemos ainda implementar o treino de hábitos, após as refeições, verificámos no entanto, que estas medidas no internamento podem não ter a continuidade desejada, pelo que nos pareceu ser necessário a

colaboração da família e do enfermeiro de referência, aquando do regresso a casa.

Um outro domínio que procurámos incluir ao longo das várias atividades que desenvolvíamos foi a **estimulação cognitiva**³¹. Segundo Vance & Wright (2009), experiências novas, com ambientes ricos em estímulos mentais, jogos, interação social e exercício físico, aumentam as sinapses e melhoram a reserva cognitiva, traduzindo-se numa neuroplasticidade positiva. Por outro lado, um ambiente pobre em atividades estimulantes, o isolamento social e o sedentarismo, inibem as sinapses, reduzem as reservas cognitivas traduzindo-se numa neuroplasticidade negativa, e como refere o autor “*Better cognition translates into better everyday functioning*” (Vance & Wright, 2009, p.13). Assim, tendo por base a promoção de uma neuroplasticidade positiva, desenvolvemos ao longo do estágio várias estratégias nesse sentido, como por exemplo, utilizar primeiro um exercício de orientação espacial e temporal, ou um exercício de atenção, como forma de ativar a concentração da pessoa e, melhorar a assimilação do treino que se efetua a seguir. Outra estratégia foi a associação de estímulos visuais e auditivos aos exercícios planeados, à medida que vão sendo realizados pelo utente (ser a pessoa a contar as repetições ou dar como meta atingir a altura da nossa mão, por exemplo). Deste modo, consegue-se resgatar a atenção da pessoa, pela ativação do maior número de áreas corticais em simultâneo, isto é, não só a motora (para execução do movimento ou exercício); mas também a pré-motora (de pensar e planear antes o que vai fazer) e a sensitiva (reforço ou inibição pelo feedback recebido – visual e auditivo).

Outra modalidade, foi também o recurso à estimulação cognitiva de forma isolada para os quais se desenvolveram exercícios de treino da atenção³², treino da memória³³, treino da lógica e pensamento estratégico³⁴, em função do qual resultou um dossier com exercícios elaborados por nós, que foi disponibilizado

³¹ A estimulação cognitiva refere-se ao uso de atividades específicas que estimulam as conexões entre neurónios, nomeadamente a neuroplasticidade, e com isso aumentam o desempenho cognitivo. A neuroplasticidade refere-se à capacidade do cérebro de se modificar em resposta a estímulos ambientais (Vance et al, 2008).

³² Exercícios de encontrar as diferenças ou identificar o número de objetos idênticos numa figura.

³³ Exercícios para completar provérbios; jogos de cartas para encontrar o par, no qual inclui figuras conhecidas da televisão, da música, da política, etc.

³⁴ Jogo do galo.

também no serviço de internamento de neurologia. Alguns exemplos destes exercícios podem ser consultados no apêndice12.

No domínio da **reeducação funcional respiratória**, tivemos essencialmente oportunidades de aprendizagem no contexto hospitalar, no qual aplicámos técnicas com o objetivo de permeabilizar as vias áreas (tosse assistida, utilização de dispositivos como *cough-assist*, manobras acessórias, drenagem postural), de promover a expansão pulmonar, pela reeducação costal seletiva e global (como em situações de derrame pleural, pneumonia, etc) e de promoção de uma ventilação eficaz pela reeducação diafragmática e de treino ao esforço.

No âmbito da **promoção da continuidade dos cuidados**, esta tem vindo a ser discutida ao longo do relatório, em particular a articulação com outros profissionais e recursos institucionais, para otimizar as intervenções planeadas (ver competências gerais) e as estratégias para envolvimento da família (ver competência específicas). Merece acrescentar o aconselhamento sobre recursos na comunidade e produtos de apoio, que também pudemos facultar.

Um obstáculo que encontrámos no âmbito da continuidade dos cuidados, diz respeito à transferência inter-hospitalar dos utentes. No estágio em contexto hospitalar, quando isto acontecia, nem sempre era claro o destino final do doente (admissão pela urgência, internamento médico ou aguardar vaga), sob a qual fosse possível operacionalizar algum tipo de contacto telefónico com o enfermeiro (generalista ou especialista em reabilitação que iria receber o doente). Neste aspeto pensamos que a comunicação entre hospital-comunidade, está bem mais otimizada do que no âmbito hospital-hospital, esta última quase sempre só veiculada pela carta de enfermagem, sendo sobretudo encarado como uma “transferência de responsabilidade”, ao invés de uma oportunidade de continuidade, melhoria e planeamento futuro dos cuidados proporcionados ao doente.

De realçar também que, especificamente inserido na linha de competências da OE para o EEER destinada a: **Maximizar a funcionalidade desenvolvendo a capacidade da pessoa**; enquadrámos também o projeto desenvolvido no contexto comunitário para a pessoa idosa, já referido no âmbito das competências gerais, e que permitiu sistematizar de forma muito clara e numa

visão de promoção da saúde, da funcionalidade e do bem-estar, um conjunto de domínios essenciais na intervenção com a pessoa idosa.

1.2.4 - Avalia os resultados das intervenções implementadas (J1.4)

Nesta unidade de competência o objetivo definido foi o seguinte:

- *Avaliar os resultados dos programas de intervenção implementados.*

Para Collière (1997, p. 316), a avaliação dos cuidados de enfermagem, refere-se “à análise da situação, reajustando a ação e cuidados à medida que se confirma o conhecimento das possibilidades que apresenta esta ou aquela pessoa, para confrontar os problemas de saúde, mas também à medida que se clarificam a natureza dos cuidados, a sua razão de ser e duração”. Este balanço das intervenções desenvolvidas passa pela sua estruturação em registos referentes ao plano de cuidados, individual e centrado na pessoa.

Neste domínio, tivemos a oportunidade de produzir registos dos cuidados prestados na plataforma da RCCI, compreendendo a importância de utilizar uma linguagem clara na descrição da evolução do utente. Estes registos eram feitos mensalmente na avaliação de enfermagem e complementavam-se com os registos no SAPE, que eram diários. No contexto hospitalar, efetuávamos registos diários, existindo para tal um formulário próprio para a RFR e outro para a RFM nos quais assinalava as técnicas que se tinha executado, a avaliação objetiva pré e pós sessão (no caso de ser RFR), e fazia uma pequena nota em observação dos aspetos mais significativos. Uma diferença que pensamos ser significativa, entre os dois contextos, possivelmente porque as lógicas de intervenção são diferentes. Na ECCI aquando da admissão, era feita uma nota descritiva de avaliação do utente e definiam-se objetivos e respetivo plano de intervenção (onde eram enunciadas as atividades de reabilitação a privilegiar). No contexto hospitalar, os registos eram descritivos do que se tinha feito e não do que se planeava fazer, pelo que nem sempre estava claro nos registos, os objetivos e o plano de intervenção definido para a pessoa. Isto possivelmente acontece pela lógica assistencialista que ainda prevalece no meio hospitalar, de dar resposta a uma situação aguda com cuidados de saúde no momento, não

sendo habitual uma visão da pessoa orientada para a sua condição no futuro (Boltz et al, 2012). No entanto, reforçámos a importância de se estabelecer esses objetivos neste contexto, havendo recetividade por parte dos colegas especialistas assim como da chefia, explicando-se e fundamentando a importância da experiência de estágio anterior.

Assim, tendo por base as atividades e estratégias que vieram sendo descritas e analisadas ao longo deste capítulo, consideramos que o trabalho desenvolvido foi enriquecedor, construtivo e permitiu a aquisição e o desenvolvimento das competências pretendidas, que serão consolidadas, no futuro, no contexto de exercício profissional como enfermeiro especialista. Este percurso teve sempre presente um processo de avaliação contínua formal que incluiu o parecer escrito das avaliações dos enfermeiros orientadores dos respetivos locais e que podem ser consultadas no anexo 2.

2. Avaliação e Conclusão

O projeto elaborado revelou-se pertinente tendo em conta as necessidades de cuidados em saúde, cada vez mais condicionadas pelo carácter de cronicidade e de longevidade dos utentes, do qual decorre imperativamente a necessidade de manter níveis de funcionalidade satisfatórios, que lhes permitam responder às exigências do quotidiano, o que se constitui um desafio, atual e futuro, aos cuidados de saúde e, em geral à própria sociedade Portuguesa.

Deste modo, consideramos uma mais-valia todo o percurso desenvolvido e de ser no âmbito da pessoa idosa e a sua capacidade funcional. Tal permitiu-nos, com uma relativa facilidade, encontrar pontos de ligação do projeto com a prática de cuidados em ambos os contextos, e com isso recrutar com maior riqueza as oportunidades de aprendizagem. Da mesma forma, o percurso desenvolvido proporcionou-nos uma visão global e compreensiva da complexidade de dimensões envolvidas na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, que vão além da dimensão motora, e incluem o domínio psicológico, social e familiar, que com relativa frequência, estão interligados e interdependentes.

Consideramos como um ponto forte, o fato do estágio ter sido realizado em dois contextos de cuidados diferentes – hospitalar e comunitário – o que não só diversificou o leque de aprendizagens, mas também, e sobretudo, permitiu analisá-los, enquanto contextos complementares, com uma necessidade permanente de continuidade e articulação.

Ao nível do contexto hospitalar consideramos que as oportunidades de articulação e envolvimento da família, na perspetiva de preparação para o regresso ao domicílio, foram inferiores ao esperado. Ainda assim, este foi parcialmente colmatado com o estágio no contexto comunitário, por permitir o desenvolvimento de competências na adaptação e adequação das estratégias e recursos ao contexto domiciliário da pessoa, e que passava com frequência pelo envolvimento da família.

As limitações relacionadas com o tempo disponível em cada contexto, não permitiram a implementação de algumas atividades planeadas, como a formação

destinada às auxiliares de apoio domiciliário e cuidadores ou ainda o projeto de promoção da saúde da pessoa idosa. Contudo, revelaram-se imprescindíveis como processo de aprendizagem enquanto exercício de pesquisa, análise e divulgação da evidência científica atual, inserida no conjunto de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

No âmbito da patologia aguda, e tendo em vista a recuperação a curto prazo de um processo de doença, emergiram oportunidades de aprendizagem importantes, nomeadamente no âmbito da patologia respiratória e reeducação funcional respiratória associada. Por sua vez, no âmbito sensório-motor, em particular do foro neurológico, muito embora as situações fossem de instalação aguda (por exemplo o AVC ou o hematoma cerebral), na maioria das vezes seguiam um percurso de evolução que assumia um carácter crónico, e neste âmbito, o processo de aprendizagem foi enriquecido, quer pela via da prevenção de complicações, mediando uma intervenção precoce e atempada, quer pela via de manutenção de capacidades, tendo em conta determinadas limitações que já estavam instaladas, decorrentes do processo de doença, promovendo uma adaptação da pessoa a uma nova condição. Isto permitiu-nos consolidar o leque diversificado de competências inerentes à intervenção do EEER.

Considera-se também que um dos desafios mais significativos que emergiu, foi decorrente da intervenção com a pessoa idosa com AVC. Foram as situações de maior exigência, no que concerne ao planeamento e implementação de cuidados de reabilitação, já que nestes emergem condicionantes a vários níveis: as relacionadas com a própria isquémia cerebral, que produz alterações sensório-motoras e cognitivas significativas; as relacionadas com as alterações decorrentes do próprio envelhecimento que poderiam já estar presentes a nível cognitivo, motor e sensorial; as relacionadas com co-morbilidades existentes e, por vezes, já limitativas de determinadas capacidades. Estes constrangimentos aliados ao risco elevado de declínio funcional, que caracteriza o internamento hospitalar da pessoa idosa, tornavam a nossa intervenção como EEER complexa mas decisiva.

Um dos aspetos positivos também deste trabalho foi o conhecimento que daí adviu da teoria das consequências funcionais de Carol Miller, enquadrando-se enquanto uma teoria de médio alcance em enfermagem e que como tal, revê a

sua génese e simultaneamente a sua finalidade na prática de cuidados. Esta perspetiva veio a revelar-se um importante contributo por permitir sistematizar de forma organizada e pertinente, a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, assim como, reconhecê-la de um modo positivo, integrando a complexidade das suas diferentes dimensões e modificar para garantir níveis de funcionalidade favoráveis e satisfatórios. Assume por isso, particular importância no contexto da enfermagem de reabilitação, ajudando na intervenção do EEER com a pessoa idosa, aproximando deste modo as duas áreas de intervenção: enfermagem no idoso e enfermagem de reabilitação. Simultaneamente, por se tratar de uma teoria de médio alcance relativamente pouco conhecida e utilizada, visa inspirar também a sua aplicação futura a outros contextos, revalidando e testando os princípios que a fundamentam.

Os principais domínios que sobressaem deste estágio a privilegiar na intervenção do EEER com pessoa idosa, para promover a sua capacidade funcional, são a consciencialização das principais alterações estruturais e funcionais comuns no envelhecimento e a importância de uma avaliação funcional sistematizada, que inclua a vertente sensorial, cognitiva, nutricional, além da motora, com particular importância para o ambiente envolvente, assim como as limitações que estão presentes, mas sobretudo as que podem vir a estar. Na intervenção, considerar o modo como a aprendizagem se processa na pessoa idosa, com maior necessidade de tempo, preferencialmente ligada a aspetos já conhecidos (padrões habituais, imagens, histórias e espaços), familiares do idoso e do seu percurso de vida. Daqui emergiu a importância da estimulação cognitiva e da sua integração nas atividades propostas, inserindo-as numa lógica de neuroplasticidade positiva. As medidas de intervenção de enfermagem de reabilitação destinadas a promover o equilíbrio, a flexibilidade e a força assumem particular relevância na funcionalidade que se quer garantir ao nível das atividades de vida e do quotidiano da pessoa idosa. O treino das atividades de vida diária, ajustado ao habitual da pessoa, aumentando o seu grau de participação, visando a retoma mais breve possível ao seu contexto e padrões prévios, implica pensar além do objetivo de independência e considerar em especial a adaptação funcional. O ambiente, em todas as suas vertentes, é um importante aliado da intervenção já que é o componente mais

frequentemente adaptado para responder as exigências decorrentes de uma determinada limitação.

O envolvimento da família revela-se também determinante, já que a manutenção da pessoa, e neste caso do idoso no seu domicílio é essencial, e para isso a família assegura muitas vezes a continuidade dos cuidados desenvolvidos. A prevenção do declínio funcional durante episódios de agudização de doença e de internamento hospitalar, exige intervenções atempadas e redutoras do período de imobilidade e desuso. A recuperação da capacidade funcional é desafiada pelas limitações decorrentes da patologia aguda, mas também condicionada pelas alterações crónicas. Por isto, a promoção da capacidade funcional numa atitude preventiva e de promoção da saúde, será uma das melhores estratégias a privilegiar, já que permite otimizar e maximizar a funcionalidade, nos domínios que se sabem poder estar em risco de doença ou limitação, acrescentando vulnerabilidade à pessoa.

Pelo carácter complexo das várias componentes, profissionais e contextos de intervenção envolvidos, será necessário igualmente uma mudança de perspetiva face à pessoa idosa, afastarmo-nos da conceção comum de envelhecimento igual a dependência, para dar lugar a uma postura maximizadora das potencialidades da pessoa idosa. Mudanças desta natureza implicam transformações profundas no contexto social e nos próprios cuidados de saúde. O enfermeiro e em particular o EEER, poderá ver-se numa posição privilegiada para mediar algumas mudanças, dado que dispõe dos conhecimentos, instrumentos e capacidade de análise que veiculam a maximização de capacidades e prevenção de complicações. Foi esta a finalidade que esteve presente desde o início e motivou a escolha desta área de especialização, mas que depois se manteve sempre presente e norteou a construção de competências como enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Considerando-se a temática aqui discutida, seria interessante enquanto sugestão de estudo futuro, continuar a aprofundar conhecimentos no que respeita as estratégias de estimulação cognitiva que podem ser associadas, ou inseridas nos procedimentos e atividades terapêuticas de reabilitação, enquanto forma de enriquecer os programas definidos e torná-los mais ajustados à pessoa idosa.

O percurso desenvolvido com este estágio profissional, permitiu-nos ainda desenvolver competências no domínio da autonomia e responsabilidade profissional, demonstrada nos mecanismos mobilizados para o processo de tomada de decisão. Além disso, porque nos inserimos no âmbito de uma equipa de saúde, o percurso aqui desenvolvido concorreu para uma clara definição das metodologias de articulação interdisciplinar facilitadoras do processo de reabilitação, que podemos promover nos nossos contextos de trabalho. Sobretudo se considerarmos a problemática da pessoa idosa, que norteou todo este percurso (nesta, frequentemente as necessidades de cuidados são multidimensionais e requerem uma intervenção conjunta de vários profissionais). Por este motivo, as lógicas de articulação vão influenciar os resultados obtidos e o enfermeiro especialista tem uma posição privilegiada para a sua promoção, como gestor da multiplicidade de recursos e saberes recrutados para a intervenção da equipa.

Por outro lado, e não menos importante, considerando o mesmo princípio de que nos inserimos numa equipa, a formação em contextos de trabalho e a atualização de conhecimentos, individuais ou coletivos, surgiu como um ganho importante, para garantir uma melhoria contínua dos cuidados desenvolvidos. Quer seja no contexto hospitalar, quer seja no contexto domiciliário, as intervenções de reabilitação definidas só serão eficazes se mantidas a longo prazo e concordantes entre os vários elementos envolvidos. Daí que este tenha sido também um importante fator que foi sensível ao desenvolvimento de competências.

Assim sendo, considera-se que as metas estabelecidas no início deste percurso formativo revelaram-se abrangentes o suficiente para contemplarem as diferentes competências (comuns e específicas) preconizadas pela OE, sem que, para isso, se perdesse o carácter específico e de preferência pessoal da área escolhida na fase de projeto. Deste modo, foi possível um percurso pessoal, refletido e norteado por princípios orientadores transversais aos vários contextos de estágio e que regulam o perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

As competências desenvolvidas constituíram-se como um acréscimo indubitável de saber, que começa já a refletir-se na prestação de cuidados de enfermagem

na minha prática profissional. Ainda assim, perspetiva-se como desejo futuro a implementação de um programa regular de ER no meu serviço, que contemple a recuperação da funcionalidade e adaptação a limitações decorrentes de patologia aguda. Em complementaridade, é também uma motivação futura, a procura de oportunidades para o estabelecimento de parcerias, a título particular ou institucional/hospitalar, com instituições comunitárias de referência como forma de promover iniciativas conjuntas de promoção da saúde na pessoa idosa.

Referências Bibliográficas

- Afonso, C.; Morais, C. & Almeida, M. (2012). Alimentação e nutrição em gerontologia. In Paul, C; Ribeiro, O. (coord) (2012). *Manual de Gerontologia* (41-69). Lisboa: Lidel.
- Almeida, H. (2012). Biologia do envelhecimento: uma introdução. In Paul, C; Ribeiro, O. (coord) (2012). *Manual de Gerontologia* (21-40). Lisboa: Lidel.
- Augusto, B. & Carvalho, R. (2005). *Cuidados continuados: família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. 2ªed. Coimbra: Formasau.
- Baines, E. M. & Oglesby, F. M. (1997). Conceptualization of chronicity in aging. In Baines, E. M. (coord). *Perspectives on Gerontological Nursing* (251-274). London: Sage Publications.
- Barbany, J. (2002). Fisiología del ejercicio físico y del entrenamiento, Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Coimbra: Quarteto.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bermejo, J. (1998). *Apuntes de relacion de ayuda*. Madrid: Sal Terrae.
- Bermejo, J. & Carabias, R. (1998). *Relacion de ayuda y enfermeria*. Madrid: Sal Terrae.
- Bicudo, M. (2013). Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade: contributos dos enfermeiros. In Lopes, M. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (39-75). Loures: Lusociência.
- Bolander, V. (1999) *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Boltz, M. et al (2012). Functional decline in hospitalized older adults: can nursing make a difference? *Geriatric Nursing*. 33(4), 272-279. DOI:10.1016/j.gerinurse.2012.01.008

Camara, F.M. et al (2008). Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *Acta Fisiátrica*. 15(4), 249-256. Acedido em 17-05-2014. Disponível em <http://athlon-esportes.com/wp-content/uploads/2013/06/Avalia%C3%A7%C3%A3o-Capacidade-funcional-do-idoso-formas-de-avalia%C3%A7%C3%A3o-e-tend%C3%Aancias.pdf>

Cameron, I. & Kurrle, S. (2002). Rehabilitation and older people. *Medical Journal of Australia*. 177(7), 387-391. Acedido em 06-05-2014. Disponível em <https://www.mja.com.au/journal/2002/177/7/1-rehabilitation-and-older-people>

Carneiro, R. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade – Relatório Final*. Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa.

Chalifour, J. (1993). *Enseigner la relation d'aide*. Boucherville: Gaetean Morin Éditeur.

Collière, M. (1997). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.

Dantas, E. & Vale, R. (2004). Protocolo GDLAM de avaliação da autonomia funcional. *Fitness & Performance Journal*. 3 (3), 175-182.

Davies, S.; Ellis, L. & Laker, S. (2000). Promoting autonomy and Independence for older people within nursing practice: na observational study. *Journal of Clinical Nursing*. 9, 127-136.

Dicionário da Língua Portuguesa (2003-2015). Porto: Porto Editora.

DGS, Direcção-Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para as Pessoas Idosas*. Ministério da Saúde: Lisboa

Diniz, B. (2013). O Envelhecimento cognitivo. In Santos, F. (coord). *Estimulação cognitiva para idosos: ênfase na memória* (15-20). São Paulo: Atheneu.

- Easton, K. (1999). *Gerontological Rehabilitation Nursing*. USA: Saunders Company.
- Fernandes, M. (2013). Envelhecimento bem-sucedido: modelo de intervenção da enfermagem. In Lopes, M. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (3-38). Loures: Lusociência.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social: una introducción. In Fernández-Ballesteros (Dir.). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Ferreira, A. (2011). Independência funcional em idosos domiciliados: intervenção de enfermagem de reabilitação. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de reabilitação). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Fonseca, A. (2006). O envelhecimento: uma abordagem psicológica, Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Gonçalves, E. (2012). *Dependência dos idosos no domicílio e sobrecarga dos cuidadores: Impacto de um programa de enfermagem de reabilitação*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing*, 106 (1), 58-67. Acedido em 20-03-2014. Disponível em <http://knowledge translation.ca/sysrev/articles/project51/Graf2006.pdf>
- Grilo, A. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 13 (2), 283-297. Acedido em 10-01-2015. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862012000200011&script=sci_arttext
- Henriques, A. (2013). A Gestão da medicação nas pessoas idosas: a adesão como indicador de eficácia das intervenções de enfermagem. In Lopes, M. (coord). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: da investigação à prática* (115-175). Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. Lisboa: Lusodidacta.

ICN, International Council of Nursing (2005) *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Versão 2. Santa Maria da Feira: Lusodidacta.

INE, Instituto Nacional de Estatística (2003). *Projeções para a população portuguesa 2000-2050*. Lisboa: INE. Acedido em 20-03-2014. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEStipo=ea&PUBLICACOEStema=107750&PUBLICACOEStema=55466&selTab=tab0

INE, Instituto Nacional de Estatística (2011). *Saúde e incapacidades em Portugal*. Lisboa: INE.

Kagan, S. (2011). Patient-and family-centered care – is there individualized care here?. *Geriatric Nursing*. 32 (5), 365-367. Doi:10.1016/j.gerinurse.2011.07.008

Kravchenko, J. (2008). Nutrition and the elderly. In Caballero, B & Allen, L.; Prentice, A. (eds). *Encyclopedia of human nutrition*. (578-587). Elsevier.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.

Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42 (6), p. 255-259.

Mendes, C. (2013). *Efeitos de um programa de exercícios de enfermagem de reabilitação na aptidão física e independência funcional de idosos institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Miller, C. (2012). *Nursing for Wellness in Older Adults (6ªed)* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ministério da Saúde (2002). *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Mota, J & Carvalho, J. (2012). O exercício e o envelhecimento. In Paul, C & Ribeiro, O. (coord). *Manual de Gerontologia* (71-91). Lisboa: Lidel.

National Parkinson Foundation (2015). Freezing. Acedido em 28/03/2015. Disponível em <http://www.parkinson.org/Parkinson-s-Disease/Living-Well/Safety-at-Home/Freezing>.

Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In *2º Congresso da Ordem dos Enfermeiros*, 10 de Mai. 2006.

Organização Mundial de Saúde (2004). *CIF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

OE, Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE, Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE, Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE, Ordem dos Enfermeiros (2012). *Repe e estatuto da ordem dos enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Paul, C. & Reeves, J. (2000). Visão geral do processo de enfermagem. In George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (4ed). Porto Alegre: Artmed

Rodrigues, J. (2012). *Declínio funcional cognitivo e risco de quedas em doentes idosos internados*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem e Reabilitação) Bragança: Escola Superior de Saúde.

Routasalo, P.; Arve, S. & Lauri, S. (2004). Geriatric rehabilitation nursing: developing a model. *International Journal of Nursing Practice*. 10, 207-215. DOI/10.1111/j.1440-172X.2004.00480.x

RCN, Royal College of Nursing (2007). *Maximising Independence: the role of the nurse in supporting rehabilitation of older people*. London: RCN. Acedido em 02-03-2014. Disponível em

http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0003/109326/003186.pdf

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Shyu, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during transition from hospital to home: the taiwanese example. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (3), 619-625.

Skelton, D. A. & McLaughlin, A. W. (1996) – Training functional ability in old age. *Physiotherapy*. 82 (3), 159-167.

Sousa, L.; Patrão, M. & Vicente, H. (2012). Famílias e envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida. In Paul, C; Ribeiro, O. (coord) (2012). *Manual de Gerontologia* (255-271). Lisboa: Lidel.

Spiruso, W.; Francis, K. & Macrae, P. (2005). *Physical dimensions of aging*. Champaign: Human Kinetics.

Stott, D. & Quinn, T. (2013). Principles of Rehabilitation of Older people. *Medicine in Older Adults*, 47(1), 1-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2012.10.014>

Vance, D. et al (2008). Mental stimulation, neuroplasticity and aging: directions for nursing research and practice. *Journal of Neuroscience Nursing*. 40 (4), 241-24. Acedido a 20-03-2014. Disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/580273>

Vance, D. & Wright, M. (2009). Positive and negative neuroplasticity: implications for age-related cognitive decline. *Journal of Gerontological Nursing*, 35 (6), 11-17)

WHO, World Health Organization (1986). Carta de Ottawa. Promoção da saúde nos países industrializados. In 1ª Conferência sobre promoção da saúde. Ottawa, Canadá, 17-21 de Novembro de 1986.

WHO, World Health Organization (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Japan: Who Document Production Services.

WHO, World Health Organization (2012). *Good health add life to years: global brief for the world health day 2012*. Geneva: Who Document Production Services.